جامعة قاصدي مرباح – ورقلة
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم علوم التسيير

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة الماجستير في علوم التسيير
تخصص : نظام المعلومات و مراقبة التسيير

بعنوان:

نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية

دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف ورقلة

من إعداد الطالبة : دلال السويسي

نوقشت و أجيزت علنا بتاريخ : 16 / 01 / 2013

أمام اللجنة المكونة من السادة :

الدكتور/ أحمد بن عيشاوي (أستاذ محاضر– جامعة قاصدي مرباح ورقلة) رئيسا
الدكتور/ حمزة بن قرينة (أستاذ محاضر– جامعة قاصدي مرباح ورقلة) مقررا
الدكتور/ محمد زرقون (أستاذ محاضر– جامعة قاصدي مرباح ورقلة) مناقشا
الدكتورة/ شريفة رفاع (أستاذة محاضرة– جامعة قاصدي مرباح ورقلة) مناقشة

السنة الجامعية 2012/2011

الشكر

بداية أتقدم بالشكر و عظيم الإمتنان للأستاذ المشرف محمد حمزة بن قرينة على ما قدمه من توجيهات طيلة إنجاز هذه المذكرة ، كما أشكر أساتذة كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير و أخص بالذكر منهم الأستاذ مناصرية رشيد على ما قدمه من مساعدة و توجيهات لإتمام هذا العمل

دلال

كما أتقدم بجزيل شكري و عظيم تف
ساعدوني في إتمام هذه المذكرة.

الفهرس

قائمة الجداول

قائمة الأشكال البيانية

قائمة الملاحق

المقدمــة

توطئة :

إن الإنسان هو هدف التنمية ،كما أنه وسيلتها، و الصحة هي أول متطلبات الإنسان و أهم مقومات الحياة، و الواقع أن صحة المواطن هي أغلى ما تملكه المجتمعات ، و هي ثروة يجب الحفاظ عليها، لذا يسعى الإنسان منذ القديم إلى تطوير العلاج و البحث عن الشفاء حتى وصل الطب إلى ما نحن عليه الآن من تقدم، و مازال الباحثون يبحثون عن المزيد من التطور في الطب مستخدمين كل وسائل العلم المتاحة و أهمها تكنولوجيا و نظم المعلومات، و بالتالي فالمؤسسات الصحية من أكثر المؤسسات التي تحتاج إلى ضمان و تحسين خدماتها، خاصة بعد التقدم في العلوم و المعارف الطبية و الاكتشافات العلمية المتلاحقة من تطور الأجهزة و التقنيات، انتشار تكنولوجيا التشخيص و الطب عن بعد، انتشار المنافسة في الخدمات الصحية ما بين المراكز البحثية و الطبية و ظهور المؤسسات المانحة للاعتماد و التي تضع معايير لتحسين الخدمة الصحية ، و بالتالي تصبح مسألة تحسين الخدمة و تطويرها أو البحث عن خدمات جديدة من السمات البارزة في عمل المؤسسة الصحية لمواكبة سرعة التغير العلمي و التكنولوجي في مجال الطب الذي يجعل بعض الخدمات الصحية المقدمة متقادمة بمرور الزمن

و مع زيادة عدد المرضى و المطالبة بالاستجابة السريعة لمتطلباتهم و احتياجاتهم بالإضافة إلى الزيادة في تحسين الخدمات الصحية و الطبية المقدمة لهم، كل ذلك حتم على القائمين على إدارة الخدمات الصحية إيجاد الوسائل و السبل لمقابلة هذه الطلبات و الاستجابة لها، الشيء الذي أدى إلى تبني استعمال نظم معلومات في هذه المؤسسات الصحية، إذ أصبحت أجهزة الحاسب الآلي و نظم المعلومات وسيلة أساسية من وسائل العمل و الإدارة خاصة في مجال إدارة المعلومات الصحية و تخزينها و معالجتها و استعادتها .

و بتطور نظم و تكنولوجيا المعلومات الصحية فقد عملت على تقريب المسافات بشكل لم يعرفه الإنسان من قبل، و مكنت من تخزين البيانات الرقمية و النصية و الصور، كما وفرت إمكانية معالجة هذه البيانات بسرعة عالية، مما يساعد على توفير معلومات في غاية الأهمية لمتخذي القرار .

تم صياغة الإشكالية التي سنحاول الإجابة عليها من خلال هذا العمل بالشكل التالي :

- ما مدى مساهمة نظم المعلومات في تحسين جودة الخدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ؟

و للإجابة على هذه الإشكالية تم تجزئتها إلى التساؤلات الفرعية التالية :

- ما واقع المنظومة الصحية و نظم المعلومات بالجزائر ؟
- ما المقصود بالخدمة الصحية، نظم المعلومات الصحية و نظم معلومات المستشفيات ؟
- ما هو تأثير نظم المعلومات على الخدمة الصحية المقدمة بمستشفى محمد بوضياف ؟

و سعيا للإجابة على هذه التساؤلات انطلقنا من الفرضيات التالية :

- على الرغم من ضخامة ما تنفقه الجزائر على الرعاية الصحية، إلا أن القطاع الصحي عرضة للعديد من المشاكل التي كان لها الأثر السلبي على تطور الخدمات الصحية ؛
- الاستغلال الأمثل للمعلومات شرط أساسي لتأثير نظم المعلومات على تحسين الخدمات الصحية ؛
- بغرض تحسين جودة الخدمة من خلال نظم المعلومات يجب على الموظفين إدراك أهمية تحسين الخدمة من خلال المورد المعلوماتي .

مبررات اختيار الموضوع :

من بين الأسباب التي دفعتنا لاختيار هذا الموضوع :

- ✓ إقتصار تركيز أغلبية الباحثين على دراسة وظائف المؤسسة من إنتاج ، تسويق ، مالية، لذا جاءت هذه الدراسة كمحاولة للمساهمة في البحوث في مجال نظم المعلومات، لما له من دور فعال لا يمكن تجاوزه أو التغاضي عنه لمواكبة المؤسسات الجزائرية لمختلف التطورات؛
- ✓ ازدياد حجم النفقات الموجهة للقطاع الصحي، ما يحتاج إلى التفكير في سبل ترشيدها من خلال تقديم خدمة جيدة و بأقل تكاليف ممكنة ؛
- ✓ ملاحظة عدم رضى المواطنين بسبب تدني الخدمة الصحية رغم أهميتها و رغم التجهيزات المادية و المعلوماتية المتوفرة .

أهداف الدراسة :

إن التطرق لهذا الموضوع و اختياره كان من أجل :

- ✓ محاولة إبراز الأسلوب الأمثل للتعامل مع المعلومات و العمل على تدنية تكاليف المؤسسات الصحية ؛
- ✓ محاولة دراسة و تقييم مدى تبني قطاع الخدمات العمومية الصحية لهذه المفاهيم و التقنيات أي دراسة الوضعية الحالية للمؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية ؛
- ✓ محاولة الوقوف على أهم نقائص المؤسسات الصحية الجزائرية قصد التمكن من تقديم توصيات و اقتراحات تساعد في تحسين جودة الخدمة الصحية من خلال تعزيز نظم المعلومات بالمؤسسات الاستشفائية .

أهمية الموضوع :

- ❖ أهمية تحسين الخدمات الصحية لما لها من أثر مباشر على صحة الإنسان ؛
- ❖ الأهمية التي اكتسبتها المعلومات في هذا العصر ، إذ أصبحت موردا استراتيجيا تعتمد عليه المؤسسة في اتخاذ قراراتها ؛

❖ الانتشار و الاستخدام الواسع لتكنولوجيا المعلومات و الاتصال لما له من أثر على عامل الوقت و التكلفة .

حدود الدراسة :

في الفصل الأول تم التطرق إلى حالة الجزائر من الاستقلال إلى يومنا هذا من أجل تبيان مسار تطور القطاع الصحي و تبيان المشاكل التي يعاني منها القطاع ، إلا أنه في الفصل الثالث تمت الدراسة من خلال تحليل المعطيات من سنة 2007 إلى سنة 2010 و دلك بسبب استعمال المؤسسة محل الدراسة لبعض التقنيات بدءا من سنة 2007 و استمرت لغاية 2009 ، و بدلك سيتم تبيان مدى تأثير هذه التقنيات في فترة استعمالها و بعد التخلي عنها ، إلا أن الحدود المكانية اقتصرت على مستشفى محمد بوضياف ورقلة باعتباره مؤسسة عمومية استشفائية مستخدمة لبعض هذه التقنيات .

منهج البحث :

من أجل دراسة مختلف عناصر الموضوع و تبيان أهمية أنظمة المعلومات في المؤسسات الصحية و تأثيرها على تحسين الخدمات المقدمة بها فإن الدراسة تعتمد على المنهج الوصفي و التحليلي و دلك بتحديد الإطار النظري و مختلف المفاهيم الأساسية حول ماهية الخدمات و نظم المعلومات ، و منهج دراسة الحالة الذي يمكن من التعمق في مختلف جوانب الموضوع و كشف أبعاده من خلال الزيارات الميدانية المؤسسة محل الدراسة إضافة إلى الملاحظة و دراسة و تحليل مختلف الوثائق و المعطيات و تحليل نتائج الاستبيان .

و تجاوبا مع الإجابة على التساؤلات الواردة في الإشكالية تم تقسيم البحث إلى ثلاث فصول كالآتي :

- **الفصل الأول** : تضمن السياسة الصحية في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا ، و كذا سياسة تمويل القطاع الصحة بالجزائر ، بالإضافة إلى تطور تكنولوجيا المعلومات و الاتصال في الجزائر مع تبيان ضعف القابلية الرقمية في الجزائر ، و تبيان التحديات الإلكترونية التي تواجه قطاع الرعاية الصحية و النقائص التي تعاني منها المنظومة الصحية الجزائرية و المبادرات الجزائرية الأخيرة من أجل تفادي هذه النقائص و أخيرا نظام المعلومات الصحي الجزائري .
- **الفصل الثاني** : تناول التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية و الخصائص التي تميزها بالإضافة إلى الخدمات الصحية المقدمة بها من خلال تقديم تعريف الخدمة الصحية العمومية و خصائصها ، مع التطرق إلى أنظمة المعلومات و تعريفها و علاقتها مع الخدمة .
- **الفصل الثالث** : تضمن تأثير نظام المعلومات على تحسين الخدمة بمستشفى محمد بوضياف ، و دلك من خلال تقديم المؤسسة محل الدراسة و الخدمات المقدمة بها ، تناول واقع نظام المعلومات بها و تأثيره على مستوى الخدمات .

الدراسات المرجعية :

- **دراسة حنان يحي الشريف بعنوان تأثير نظام المعلومات على جودة خدمات المؤسسات الصحية دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر :**

حاولت الباحثة الإجابة على إشكالية تبين فيها تأثير نظام المعلومات على جودة خدمات المؤسسات الصحية ، و للإجابة على هذه الإشكالية اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي و دلك لتحديد الإطار النظري ، و منهج دراسة حالة في الجانب التطبيقي و الاعتماد على تحليل استبيان مقسم إلى ثلاثة و عشرون سؤالا في استمارة خاصة بالإداريين ، و خمسة و عشرون سؤالا في الاستمارة الخاصة بالطبيين ، أما أفراد العينة يمثلون أربعة عشر فردا بالنسبة للكادر الإداري و 9 أفراد بالنسبة للكادر الطبي .

صعوبات الدراسة :

معظم الصعوبات كانت تتعلق بالجانب التطبيقي و أهمها مايلي :

- ✓ صعوبة الحصول على معلومات من المستشفى محل الدراسة بسبب عدم التنظيم الجيد لأرشيف المؤسسة؛
- ✓ قلة الأطباء المتواجدين بالمستشفى الذين استخدموا تقنية الطب عن بعد، ما سبب صعوبة في الحصول على معلومات تتعلق بهذا العنصر؛
- ✓ اعتبار عدد من الموظفين بالمستشفى محل الدراسة أن كل المعلومات سرية و لا يمكن تقديمها .

تمهيد :

تواجه المؤسسات بمختلف أنواعها صعوبات بمختلف أنواعها ضغوطات من الناحية السياسية و الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية ، فتغير القوانين بشكل متتالي و تأثيرات العولمة و المنافسة تحتم عليها التكيف مع الأوضاع الجديدة ، و خاصة بالنسبة للمؤسسات الصحية التي ازداد الطلب على منتجاتها بسبب زيادة عدد السكان و التحسين المستمر في الخدمات الصحية .

و في هذا الإطار شهد قطاع الصحة في الجزائر كغيره من القطاعات إصلاحات عميقة لتحسين أدائه و مردودية خدماته ، إذ عقدت في هذا الشأن عدة مؤتمرات و ملتقيات لإصلاح المنظومة الصحية .

إن السعي وراء هذا الإصلاح يتطلب منا أولا معرفة النقائص التي يعاني منها هذا القطاع ، و إدراك أسبابها ثم محاولة معالجتها بتوفير الإمكانيات المادية و البشرية و التطبيق الجاد و الفعلي لتوصيات البحوث و الدراسات النظرية .

و سوف نحاول تغطية هذا الفصل من خلال العناصر التالية :

1) المنظومة الصحية الجزائرية .

2) واقع نظم المعلومات بالجزائر .

I-1 – المنظومة الصحية الجزائرية

تعد الجزائر كغيرها من الدول التي شهدت تطورات في منظومتها الصحية ، و هذا تبعا للمتغيرات الاقتصادية و السياسية و الاجتماعية التي مرت بها .

I-1 -1- السياسية الصحية في الجزائر من 1962 إلى يومنا هذا :

مرت الجزائر منذ الإستقلال بعدة تغيرات، سيتم دراستها عبر مراحل

I-1-1-1 –السياسة الصحية في الفترة من 1962 – 1973:

ورثت الجزائر سنة 1962 وضعية متردية حيث كان النظام الصحي الموجود متمركز أساسا في كبريات المدن كالجزائر، وهران، قسنطينة من خلال عيادات تشرف عليها البلديات ومراكز الطب المدرسي النفسي التي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم بالإضافة إلى الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب يعملون في عيادات خاصة.

إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة تميزت بمحدودية خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة، كما كان عليها إعادة إنعاش البنايات والهياكل التي خلفها الاستعمار مثل توفير قسط من الخدمات الصحية للسكان ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية. [1]

بلغ عدد سكان الجزائر في 1962 حوالي 10 مليون نسمة أغلبيتهم شباب (50% أقل من 15 سنة)، كما اتصفت مرحلة بعد الاستقلال بارتفاع النمو الديمغرافي (معدل الولادات) نتيجة الاستقرار والأمن، أما بالنسبة لأمل الحياة فلم يتعدى 50 سنة بسبب الأوضاع الصحية المزرية، وفيما يخص وفيات الأطفال فقارب 200 وفاة في كل 1000 ولادة وفي سنة 1965 بلغت ميزانية الدولة 2914 مليون دينار أي ما يعادل 6.65 % من الميزانية العامة. [2]

ومن أهم المشاكل التي عانت منها الجزائر في هذه الفترة ما يلي [3]:

✓ نقص كبير في الإطارات التقنية من أطباء وعاملين صحيين؛

[1] العلواني عديلة، **تقييم فعالية النمط التعاقدي كأسلوب جديد لتمويل الصحة العمومية دراسة حالة الجزائر** ، أطروحة دكتورة، تخصص علوم اقتصادية ،غير منشورة ، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2010-2011، ص 177.

[2] شريفي خيرة، **دراسة تحليلية لتحقيق الوطني الخاص بأسباب الوفيات حول الولادة في الجزائر**، مذكرة ماجستير، ج تخصص علوم اقتصادية ، جامعة الجزائر، 2007، ص 25.

[3] كساي نجوى، **تأثير النفايات الطبية على تكاليف المؤسسات الصحية**، مذكرة ماجستير، جامعة محمد خيضرة بسكرة، 2008، ص 87 .

- ✓ افتقار كبير إلى رؤوس الأموال؛
- ✓ هجرة حوالي 2200 طبيب و 2700 ممرض، حيث بقي 399 مستشفى ومركز علاج بدون عمال .

هذه الوضعية الصحية التي ورثتها الجزائر حتمت عليها القيام بإعادة بعث البنية الطبية وتوسيعها فلجأت إلى الاستعانة بإطارات العديد من البلدان (بلغاريا، رومانيا، الصين الإتحاد السوفياتي) مع الاعتماد بالتوازي سياسة تكوين إطارات طبية وطنية كما وضعت البرامج الأولى لمحاربة الأمراض المعدية.

بعد الاستقلال مباشرة لم تكن المؤشرات الصحية للشعب الجزائري محددة، أما فيما يخص الأمراض التي انتشرت في تلك الفترة أغلبها معدية، فطرية أو التهابات نتجت عن عدم النظافة الكافية لتفادي هذا النوع من الإمراض، وما زاد في تعقيدها هو حالة سوء التغذية التي مست جزء كبير من المجتمع.

من بين الأمراض الالتهابية التي انتشرت ضبين الأطفال واعتبرت من اهم أسباب وفياتهم هي الكزاز والسعال الديكي، وسبب هذه الأمراض هو عدم توفر اللقاحات بالشكل الكافي إن لم نقل انعدامها إضافة إلى هذه الأمراض فقد خلقت الثورة التحريرية أشخاص معاقين حاولت الدولة التكفل بهم لكن ندرة الأطباء المختصين حال دون ذلك.[1]

من أهم البرامج التي سطرت في هذه الفترة وتعتبر ذات أولوية بالغة هي التكفل بالطب المجاني للأطفال من طرف الدولة سواء في إطار مراكز حماية الطفولة والأمومة، أو في إطار الطب المدرسي، كما صدر في الأثناء المرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 9 جويلية 1969 القاضي بإلزامية التلقيحات ومجانيتها وهذه تعتبر خطوة إيجابية ترمي إلى القضاء على الأمراض المعدية.

ومن ناحية التغطية الصحية لم يكن هناك إنصاف وعدل بين المناطق الحضرية والريفية حيث تمركزت الموارد البشرية الطبية وشبه طبية والهياكل القاعدية في المدن الكبرى وغيابها تقريبا في المناطق الريفية، حيث لا تحتوي هذه الأخيرة إلا على بعض الأعوان شبه الطبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي في التمريض.[2]

ومع بداية السبعينات عرفت المؤسسة الصحية الجزائرية تطورا ملحوظا تجسد في ارتفاع عدد الأطباء وزيادة عدد المستشفيات والمركز الصحية والعيادات الطبية والعيادات الأسنان وهذا ما يوضحه في الجدول التالي:

---

[1] شريفي خيرة، المرجع السابق، ص 25.

[2] العلواني عديلة، المرجع السابق،ص 178.

جدول رقم(1-1) الإنجازات المحققة في المجال الصحي خلال الفترة 1962- 1973

الإنجازات / السنوات	أطباء	جراحو أسنان	صيادلة	مستشفيات	مراكز صحية
1962	75	33	49	156	188
1973	423	286	353	263	588

المصدر: كساي نجوى، المرجع السابق، ص88.

I-1-1-2- السياسية الصحية في الجزائر من 1974 إلى 1995:

شهدت الوضعية الصحية خلال هذه الفترة تطورا ملحوظا، حيث أصبح من السهل اكتشاف الأمراض في مراحلها المبكرة، الأمر الذي يوضحه النقص الملحوظ في الوفيات، كما أصبح في استطاعة المرضى الاستفادة من العلاج في الخارج حيث استفاد حوالي 40000 مريض سنة 1983 من منحة العلاج في الخارج.[1]

تميزت هذه الفترة بإقرار مبدأ مجانية العلاج وكان هذا القرار متعلق أساس بإنشاء قانون الطب المجاني كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها وتعميم صيغة المجانية للمنظومة الصحية الوطنية حيث تم تحويل جميع المراكز الطبية الاجتماعية التابعة الصندوق الضمان الاجتماعي سابقا والتعاضديات إلى وزارة الصحة وأصبح بذلك النظام الصحي يضم جميع الهياكل الصحية مهما كانت مهامها ونشاطاتها، وقد أكد الميثاق الوطني العام 1976 حق المواطن في الطب المجاني حيث جاء فيه بعد الطب المجاني مكسبا ثوريا وقاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبير عملي عن التضامن الوطني ووسيلة تجسد حق المواطن في العلاج.[2]

بصفة عامة أغلب المؤشرات الصحية تحسنت خلال هذه الفترة تزامنا مع النتائج التي أعطتها البرامج الوطنية الصحية، التي وضعت في نهاية الستينات، حيث أن أغلب الأمراض المعدية المتفشية في وسط الأطفال بدأت تعرف تراجعا محسوسا، كما أن أمل الحياة انتقل من 50 سنة في 1962 إلى 60 سنة في 1982 لكن

[1] شريفي خيرة، المرجع السابق، ص27.
[2] العلواني عديلة، المرجع السابق،ص 178.

إلى جانب هذه المؤشرات الإيجابية عرفت هذه الفترة انتشار أمراض مزمنة كضغط الدم والسكري والربو كما أدى وجود مصادر الأوبئة إلى ظهور أمراض معدية كحمة التفويد، التهاب الكبد الفيروسي والكوليرا.[1]

وقد حدث في الثمانينات انعطافا مهما في اتجاهات السياسة الصحية إذ حققت المؤسسة الصحية الجزائرية خلال هذه المرحلة قدرا من التقدم في المجال الصحية من حيث عدد الأطباء، فقد وصل عدد الجزائريون منهم سنة 1982 إلى 7350 طبيب في مقابل 2401 طبيب أجنبي كما ارتفع عدد جراحي الأسنان الجزائريين حيث بلغ 2171 أما عدد الصيادلة فوصل إلى 1093 بالإضافة إلى ارتفاع عدد المنشآت الصحية، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (1–2)تطور عدد المؤسسات الصحية 1979 – 1982

السنوات / المؤسسات الصحية	1979	1980	1981	1982
القطاعات الصحية والمؤسسات الخاصة	183	183	196	196
المجمعات الصحية	161	175	214	260
المراكز الصحية	622	741	810	867
وحدات العلاج والكشف	1344	1368	1474	1598

المصدر: كساي نجوى، المرجع السابق،ص89.

وما ميز هذه الفترة صدور القرار رقم 22 المؤرخ قي 1981/09/05 القاضي بتنظيم وسير القطاعات الصحية، كما تم تطبيق قانون الاستقلالية في الميزانية والتسيير في 1986/12/06 فيما يخص المراكز الاستشفائية الجامعية، وصدر قانون خاص بالعيادات الخاصة سنة 1987، نظر لعدم قدرة القطاع الصحي العمومي على استيعاب المتخرجين من المعاهد الطبية، وفي هذه الفترة بالذات تم فسح المجال أمام القطاع الخاص

ولقد صادقت الحكومة في 30 ماي 1984 على برنامج عمل مجال الصحة العمومية يشمل كل الجوانب الرامية إلى زيادة الفعالية وتتعلق قراراتها بـ[2]:

- تكييف النظام مع الحقائق الديمغرافية والوبائية للبلاد؛
- دمج أنشطة النظافة والتطهير في مخططات التنمية؛

[1] شريفي خيرة، المرجع السابق،ص31.
[2] كساي نجوى، المرجع السابق، ص 89.

- القيام بعمليات وقائية وتطبيق برنامج لمقاومة وفيات الأطفال؛
- إعادة الاعتبار لاقتصاد الصحة.

I-1-1-3-السياسة الصحية من 1996 إلى يومنا هذا :

عرفت المؤسسة الصحية العمومية في الجزائر تطورا ملحوظا سواء فيما يخص الهياكل الصحية أو من حيث الموارد البشرية العاملة بها، وهذا يتجلى في الجدول التالي:

جدول رقم (1-3): تطور الهياكل الصحية العمومية في الجزائر 1996 -2000

الهياكل الصحية	1996	1997	1998	1999	2000
مراكز استشفائية	13	13	13	13	13
قطاعات الصحية	185	177	187	217	224
مؤسسات استشفائية متخصصة	21	25	31	31	31
عيادات متعددة الخدمات	446	642	478	482	488
مراكز صحية	1098	1110	1126	1186	1210
قاعات العلاج	3748	3601	3780	3851	3975

المصدر: كساي نجوى، المرجع السابق، ص ص، 90-91.

ومن بين الإصلاحات التي قامت بها الدولة فيمكن ذكر ما يلي[1]:

- صدور المرسوم التنفيذي رق 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية وتنظيم سيرها بهذا أصبحت المؤسسات الصحية العمومية عبر كافة الإقليم الجغرافي تقسم إلى المركز الاستشفائية الجامعية، القطاعات الصحية، والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة؛

[1] كساي نجوى، المرجع السابق، ص ص 90-91..

- إضافة تسمية جديدة للوزارة المسؤولة عن الخدمات الصحية بالجزائر بداية من جوان 2002 ألا وهي وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات؛
- صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 الهادف إلى إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

I-1-2-الخارطة الصحية ونظام العلاج في الجزائر

وضعت وزارة الصحة ضمن أولوياتها نظام صحي يسمح بتوزيع الخدمات الصحية على جميع الأفراد تضم هذه الخدمات علاجات وقائية إستشفائية، مستمرة طويلة المدى وغيرها، كل هذه الخدمات توزع على كل الأصعدة الاجتماعية كالأسرة المؤسسات التربوية، أماكن العمل ... إلخ[1].

إن تسجيل وتنفيذ مشاريع التجهيزات الصحية العمومية الذي تم تحديده في الخارطة الصحية الوطنية المحضرة سنة 1982 من طرف وزارة الصحة قد قسم الإقليم الوطني إلى 13 منطقة صحية وكل منطقة تحوي عدد من الولايات المختلفة الكثافة السكانية والمساحة ويهدف هذا التقسيم الإداري السماح للسكان في كل منطقة للوصول المشترك لمختلف المستويات المتدرجة للعلاج والمستويات الأربعة للعلاجات هي:[2]

- ✓ المستوى (A): علاجات دقيقة ويجب أن تتكفل بها المؤسسة عالية التخصص؛
- ✓ المستوى (B): علاجات متخصصة؛
- ✓ المستوى (C): علاجات عامة؛
- ✓ المستوى (D): علاجات أولية.

فالعلاجات الطبية الدقيقة تتطلب تخصص طبي عالي ودقيق تتكفل به منشآت صحية متخصصة بصفة عالية بحيث يمكن لهذه المنشآت ضمان تغطية صحية وطنية وذلك من خلال التخصصات التي تحتويها مثل: تخصص أمراض السرطان، تخصص أمراض القلب والشرايين، تخصص الحروق ...إلخ.

أما العلاجات الطبية المتخصصة في بعض الأمراض وذلك من خلال تعاونها مع مختلف المنشآت الصحية الأخرى للتكفل بالمرضى.

[1] شريفي خيرة، المرجع السابق، ص27.

[2] العلواني عديلة، المرجع السابق،ص 178.

وبالنسبة للعلاجات العامة فإن مستشفيات الدوائر والولايات هي التي تضمن هذه الخدمات في إطار القطاع الصحي وتتمثل هذه الخدمات في المعالجة الوقائية، التكوين الطبي والشبه الطبي وتكوين عمل الإدارة في القطاع الصحي.

وفي ما يخص العلاجات الأولية فهي تتفرع على الشبكة الصحية القاعدية المكونة من المراكز الصحية قاعات العلاج والفحص، كما دعمت هذه الشبكة بعيادات صحية وضعت على مستوى البلديات، الأحياء وأماكن العمل والتعليم. تضمن هذه الشبكة أداء الخدمات العلاجية الأولية لكل المواطنين حيث تقوم بالتدابير الوقائية كما تقوم بمكافحة الأمراض ورعاية الأمهات والأطفال، العمال والأطفال المتمدرسين إضافة إلى ذلك تقوم أيضا بنشاطات التربية والتوعية الصحية لمختلف فئات المجتمع من خلال تحسيسهم بخطورة بعض الأمراض إذ لم يتم الوقاية منها.[1]

لا يمكن الوصول إلى الهدف المرجو من هذا التقسيم الإداري من دون إنشاء هياكل علاجية مقسمة بشكل متوازن عبر الإقليم الوطني من أجل الوصول لنسب مرجعية من التغطية الصحية تكون محفزة حيث أن:[2]

قطاع يغطي احتياجات صحية لحوالي 100.000 ساكن:

- عيادة من أجل 30000 ساكن؛
- مركز صحة من أجل 9000 ساكن؛
- قاعة علاج من أجل 1000 ساكن؛
- كأسرة استشفائية لـ1000 ساكن.

إن تحديد هذه النسب لا يعكس تكفل حقيقي بحاجات السكان في مجال العلاجات لأنها وفق معايير معينة لا تراعي مواجهة مشاكل صحية طارئة، كما أن هذه المعايير المحضرة هي محددة بدلالة مستوى التكفل بحاجات الصحة التي تم بلوغها في الدول الأكثر تقدما من الجزائر.

[1] شريفي خيرة، المرجع السابق، ص ص 34-35 .

[2] العلواني عديلة، المرجع السابق،ص ص 181.

I-1-3-سياسة تمويل قطاع الصحة في الجزائر

سنستعرض انطلاقا من هذا العنصر إلى مختلف سياسات التمويل قطاع الصحة بالجزائر وكذا تكاليفه من خلال أربعة مراحل مر بها القطاع:

I-1-3-1-المرحلة الأولى: من 1963 إلى 1973

تميز النظام التمويلي في هذه المرحلة بضعف الوسائل حيث كان من الصعب آن ذاك إعادة تنشيط الهياكل المورثة عن الاستعمار من أجل ضمان حد أدنى من الخدمات الصحية للمواطن كما كانت نفقات الصحة على الصعيد الوطني ضئيلة نسبيا إذ لا تفوق 1.5% من الناتج الداخلي الخام.

اعتمد قطاع الصحة في هذه المرحلة على ثلاث مصادر متمايزة للتمويل لكن متكاملة والتي تقابل ثلاث فئات من المرضى الذين يستقطبهم المستشفى وذلك عن طريق تحديد الهوية الاجتماعية لكل شريحة هذه المصادر هي:[1]

- ✓ **عائدات الخاصة** : تأتي من مدفوعات المرضى ذوي الدخل الكافي مثل التجار وأصحاب المشاريع الصناعية والزراعية حيث يسوون تكاليف علاجهم بمشاركتهم بنسبة 10% من مجموع التكاليف أي لا تشمل هذه العائدات سوى 10 % من دخل المستشفيات؛[2]
- ✓ **عائدات تسديد المصاريف** : تجد مصدرها في التأمينات الاجتماعية لقاء الخدمات الصحية المؤداة المأمن لهم؛
- ✓ **التسبيقات**: تمثل 60 % من موارد المستشفى وتجد مصدرها في الدولة والخزينة لحساب الدولة وكذا صندوق التضامن للمحافظات والبلديات لحساب الجماعات المحلية حيث تغطي الخزينة نسبة 85% أما النسبة الباقية أي 15% فتكون على حساب الجماعات المحلية منها 8% على حساب المحافظات و7% على حساب البلديات كل هذه النسب تمثل تمويل الخدمات المؤداة للأشخاص التابعين لنظام المعونة الصحية المجانية.

I-1-3-2-المرحلة الثانية التمويل العمومي وشبه العمومي : من 1974 إلى 1989

[1] طاهري طيبة، **طرق تمويل المؤسسات الصحية**، مذكرة ماجستير،تخصص نقود و تمويل ، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2008، ص ص 95،96.

[2] شريفي خيرة، المرجع السابق، ص 24.

بمجيء الأمر 73-65 تأسس نظام العلاج المجاني ومن ثمة تغيير نظام التمويل بإحداث ما يعرف بالجزاف الاستشفائي، حيث أن التسعير للخدمات على أساس يوم في المستشفى بميزانية شاملة تحدد سنويا بموجب قانون المالية، والنابعة من الممولين الرئيسين وهما الدولة وصندوق الضمان الإجتماعي.[1]

في ظل غموض العلاقة التمويلية ما بين المؤسسات الصحية والدولة وصناديق التأمينات الاجتماعية أدى هذا إلى نتيجة موضوعية تتمثل في اختلال التوازن ما بين العرض والطلب وإلى عجز في تغطية الحاجات المتزايدة للمواطنين وعدم فعالية تقديم الخدمات.

I-1-3-2-1-إيجابية مجانية العلاج على نظام الصحة الجزائري

إن نظام التمويل القائم على مجانية العلاج قد أثقل كاهل صناديق الضمان الاجتماعي التي كانت تغطي نسبة معتبرة من نفقات المؤسسات الصحية منذ تطبيق مجانية العلاج لتتقلص هذه النسبة تدريجيا مع الأزمة الاقتصادية وانخفاض أسعار البترول ليتحول عبء هذه النفقات للدولة التي تسهم بأكثر من 60% من إجمالي النفقات، في حين تبقى مساهمة الضمان الاجتماعي جزافية، ويكمن الجانب الايجابي لهذا النظام في الطابع التضامني في تحمل المصاريف، وفي هذا الإطار يمكن وصفه على أنه نظام يكفل العلاج لجل شرائح المجتمع ولو لم يتوفر المريض يومها على سيولة وهو الشيء الذي جعله يبلغ مستوى لم تصل إليه العديد من الدول من حيث قابلية الوصول العلاج لجميع المواطنين.[2]

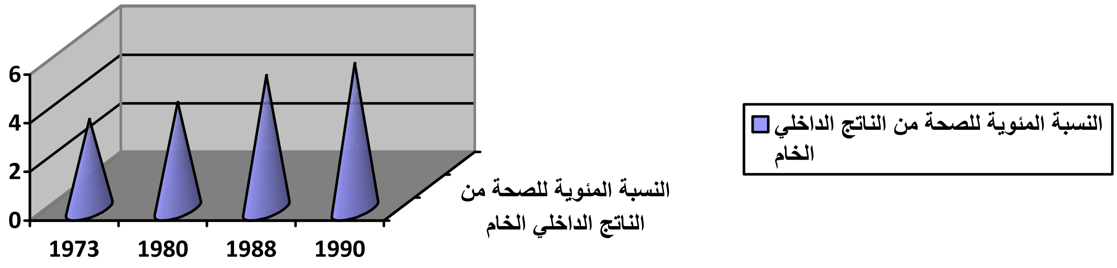
I-1-3-2-2-سلبيات مجانية العلاج على نظام الصحة الجزائري

بعد إقرار مبدأ مجانية العلاج لم تعد هناك أي آلية تنظيم النفقات وأصبحت مصاريف الهيئات وخاصة المستشفيات مصاريف ثابتة مهما كان حجم النشاط وهذا ما أدى إلى عدم الرشادة المالية، فاستعمال صيغة الميزانية الإجمالية ابتداء من 1974 صاحبه خطر التحول من منطق النفقات حيث يتم تحديد الميزانية مسبقا وهي لإنتاج بحسب حجم وطبيعة النشاطات الصحية المنجزة من طرف المؤسسات بل جزافا، حيث تم إلغاء التسعيرة الاستشفائية ونصب بدلا منها آليات جديدة تسمى الجزاف الاستشفائي.[3]

واعتبر هذا النظام بدون محتوى اقتصادي ومن بين عواقبه الارتفاع المفرط في نفقات الصحة وفيما يلي شكل يوضح ذلك:

الشكل رقم (1-1): تطور نفقات الصحة خلال الفترة 1973-1990

[1] طاهري طيبة، المرجع السابق، ص ص 96-97.
[2] العلواني عديلة، المرجع السابق، ص 183.
[3] العلواني عديلة، المرجع السابق، ص 184.



السنوات	1973	1980	1988	1990
النسبة المئوية للصحة من الناتج الداخلي الخام	%3.7	%4.4	%5.5	%6

المصدر: طاهري طيبة، المرجع السابق، ص 97.

I-1-3-3-المرحلة الثالثة : من 1990 إلى 2009

في هذه الفترة عرف صندوق الضمان الاجتماعي إضطربات وصعوبات مالية منذ 1990 تميزت بعجز يرتفع باستمرار يصعب التحكم فيه، وفي هذا الإطار جاء إصلاح 1990-1991 والذي يهدف إلى إعادة هيكل التمويل يرفع نصيب كل من الدولة والأفراد، حيث تقرر وضع تنظيم جديد مبني على أساس استقلالية هياكل الصحة التي يضمن تسييرها مجالس إدارة والتي نجد فيها تمثيل كل من الجماعات المحلية، الضمان الاجتماعي وكذا الأفراد.[1]

ونتيجة هذا الإضطراب فقد عرف قطاع الصحة العمومي نقص في المصادر الضرورية لمواجهة الطلب الكبير على العلاج حيث أن المصدران الرئيسيان في تمويل هذا الأخير هما الدولة والضمان الاجتماعي، وهذا ما جعل أي إختلال يؤثر على القطاع بصورة عامة، وعرف الضمان الإجتماعي عجزا بعد أن كانت مساهمته لفترة طويلة تمول مجانية العلاج لأسباب عديدة تتجلى في:[2]

- ✓ الأزمة البترولية لعام 1986؛
- ✓ تأخر نمو الشغل وارتفاع نسبة البطالة؛
- ✓ الاستمرارية في تدعيم النفقات الصحية وبشكل كبير نفقات التقاعد؛
- ✓ العلاج في الخارج لغير المؤمنين.

[1] الطاهري طيبة، المرجع السابق، ص97.
[2] العلواني عديلة، المرجع السابق، ص 184 .

وفي سنة 1994 أصبح التمويل حين أصبح واضحا تخلي الدولة عن المساهمة في بعض النفقات التي أصبحت على عاتق المواطن (المريض) كدفع ثمن رمزي للفحوصات الطبية عبر كل المؤسسات الاستشفائية ومراكز العلاج، ثم اتسعت هذه العملية لتشمل الإيواء والإطعام وبعض الكشوفات الطبية في القطاعات الصحية بدون تعويض من طرف الضمان الاجتماعي.

كغيرها من العديد من الدول السائرة في طريق النمو لم تكن الجزائر بمعزل عن الأزمة الاقتصادية في منتصف عقد الثمانينات متبوعة بانهيار مواردها الخارجية الناتج عن انخفاض أسعار البترول التي تمثل المصدر الأساسي للصادرات إلى إتباع مخطط الضبط الهيكلي بعد مفاوضات أجرتها السلطات العمومية عام 1993 مع صندوق النقد الدولي والبنك العالمي وقد استمر هذا المخطط طيلة العقد الثاني من التسعينيات، ويتمثل هذا المخطط في مجموعة من التعديلات للسياسة الاقتصادية مخصصة لتخفيف عدم التوازن الهيكلي في الاقتصاد الجزائري من أجل الاستقرار من جهة وبعث التطور الاقتصادي من جهة أخرى ولقد ترتب على تطبيق مخطط الضبط الهيكلي ارتفاع أسعار الأدوية بسب انخفاض قيمة النقد الحالي.

ورغم أن الجزائر طبقت هذا المخطط إلا أن مستوى تكاليفها الصحية مقارنة بالناتج الداخلي الخام لم يتوقف عن الارتفاع.[1]

I-1-4-النسيج الصحي الجديد في الجزائر

القطاعات الصحية في الجزائر التي وصل عددها إلى 183 قطاع عبر التراب الوطني كانت محل مراجعة وإلغاء بالكامل بداء من سنة 2008، حيث تشكل بناء جديد للخارطة الصحية يرتكز على نوعين من المؤسسات: مؤسسات عمومية استشفائية وأخرى الصحة الجوارية وذلك إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 الموافق لـ 19 ماي سنة 2007، كما تضمن إعادة هيكلية إدارية وتنظيمية لهذه المؤسسات.

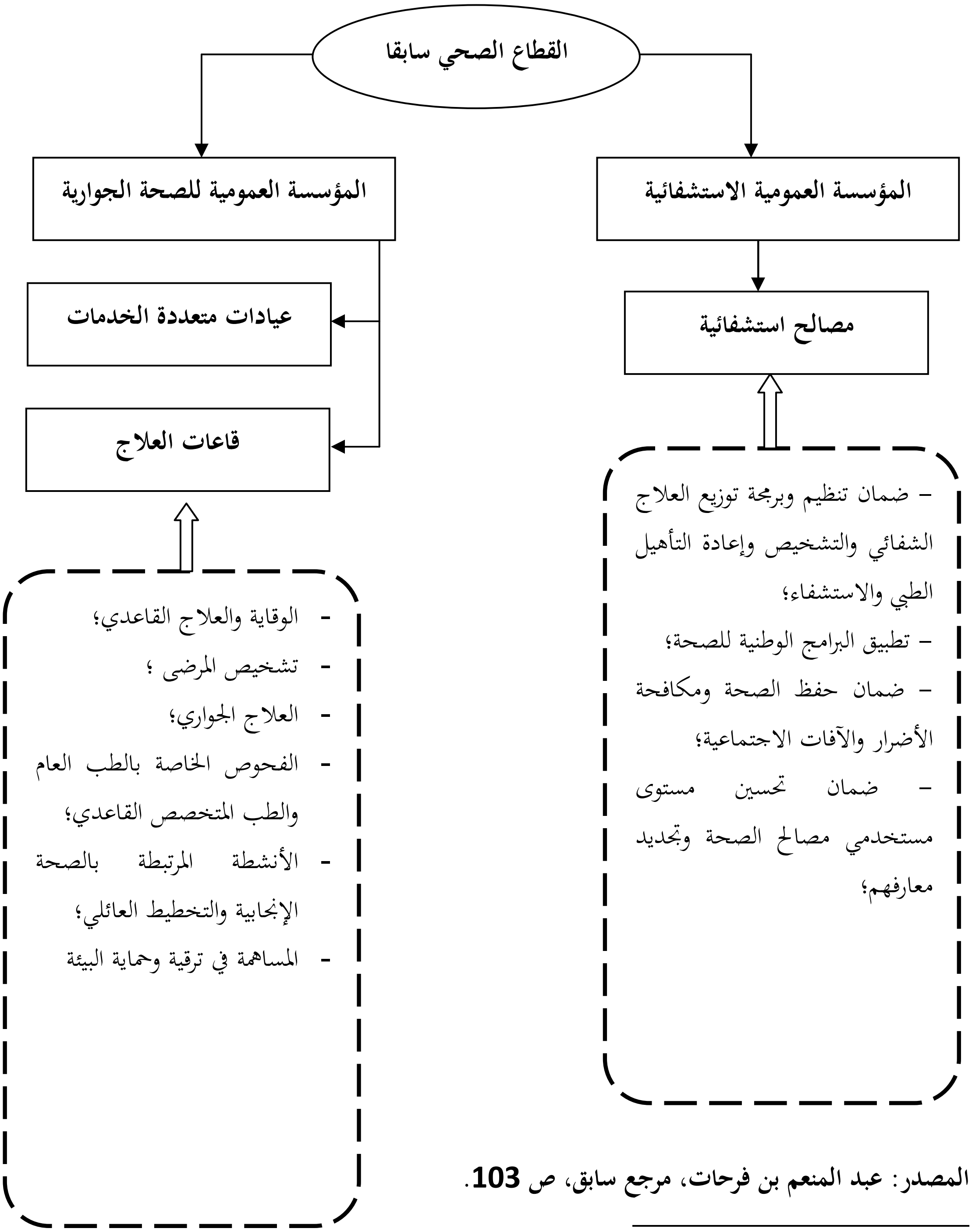
تختلف المشتملات المادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية تتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات.

[1] طاهري طيبة، المرجع السبق، ص ص 98-99.

أما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية فتتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان.[1]

ومحاولة لتوضيح الصورة الجديدة تمثيليا فإن الشكل التالي يبين الوحدات الهيكلية للمؤسسات الجديدة ودورها.

شكل رقم (1-2): مشتملات المؤسسات الصحية والمهام المسندة إليها



المصدر: عبد المنعم بن فرحات، مرجع سابق، ص 103.

[1] عبد المنعم بن فرحات، **أهمية اختيار المسير في تحقيق أهداف المؤسسة الصحية**، مذكرة ماجستير، تخصص اقتصاد و تسيير مؤسسة ،جامعة محمد خيضر، بسكرة، السنة مجهولة ، ص 102.

I-1-5-دوافع الخارطة الصحية الجديدة

لم يكن التغيير الذي عرفته الخارطة الصحية في الجزائر في نهاية سنة 2007 وليد الصدفة بل له في ذلك أسباب ودوافع، فقد سبق هذا التغيير عدة ملتقيات ومؤتمرات لمناقشة الوضع الذي آلت إليه آلية القطاعات الصحية بكل مضامينها وحيثياتها سواء من حيث التسيير، الخدمات المقدمة، الإمكانيات المادية واللوجستيكية المسخرة لها ...إلخ ، ولعل التقدير الذي تقدم به المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات سنة 2003 يكشف الجوانب الإجمالية من الأبعاد المؤدية إلى هذا التغيير والتي يمكن إيجازها فيما يلي:[1]

- الخلل المرتبط بالتنظيم والوسائل المادية والبشرية؛
- الخلل المرتبط بالإعلام والتكوين .

أما الخلل المرتبط بالتنظيم فقد أورد التقرير ملاحظات حول وجود تعدد الهيئات المتدخلة على عدة المستويات يجعل الوصاية ثقيلة وغير فعالة، وكذا عدم تكييف القوانين الأساسية للمؤسسات مع المستجدات الحاصلة بالإضافة إلى وجود هيكل تنظيمي ثابت وموحد وغير مرن.

أما بشأن الخلل المرتبط بالتمويل فلوحظ وجود ضعف وعدم توافق في تخصيص وتقسيم الموارد المالية وكذا غياب التحكم في التكاليف والنفقات بالإضافة إلى عدم توازن في ميزانية القطاعات بين تلك الموجهة للمستشفيات والموجهة للهياكل القاعدية ما يؤثر على مبدأ تدرج العلاج.

وعلى صعيد الوسائل المادية فلوحظ أنها غير كافية أو على الأغلب قديمة ومهتلكة بالإضافة إلى انقطاع في بعض المنتوجات الصيدلانية وهو ما يرتبط أحيانا بالعوائق التمويلية والتنظيمية والمثقلة بالخلل الكبير في التسيير الدوائي للمستشفيات.

وبالنسبة للخلل المرتبط بالموارد البشرية فلوحظ عدم حافزية مستخدمي الصحة للعمل بحكم الظروف السيئة للعمل وكذا قواعد التعويض المالي.

أما الخلل المرتبط بالإعلام فحسب التقرير فإن النظام الحالي للمعلومة لا يبلغنا إلا جزئيا حول اتساع حقيقة الطلب على العلاج وجودة الخدمات المقدمة للسكان، لذا أصبح من الضروري تحديد ووضع نظام معلومات موثوق وتدقيق الأهداف باتجاه إيجاد الآليات الضرورية لاتخاذ القرار في العوائق والإختلالات في مجال المعلومة أورد التقرير أن مكتب الدخول ليس عمليا كما يجب وكذا قلة تكوين المستخدمين في مجال الترقيم والتصنيف الدولي للأمراض بالإضافة إلى التنظيم السيئ للملف الطبي والتقارير الطبية وكذا عدم ملائمة بعض

[1] عبد المنعم فرحات، المرجع السابق، ص 104-106.

السجلات الإدارية أما بالنسبة للعوائق والإختلالات المرتبطة بالتكوين فقد أوضح التقرير أن النظام التعليمي والتكويني لا يأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات الفعلية لقطاع الصحة بالنسبة للتكوين الأكاديمي فإنه لا يقدم المؤهلات المطلوبة على المستوى التطبيقي للمهنة أو متطلبات التنوع الميداني بالإضافة إلى عدم توافقه في بعض الحالات مع الكفاءة المهنية، كما لوحظ أن مدارس التكوين شبه الطبي لا تلبي بالكامل الطلب على التكوين المتواصل وتكوين المسيرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي لا يلبي بالكامل متطلبات التسيير الاستشفائي.

وفي هذا السياق تضمن برامج التنمية 2005-2009 إنجاز:[1]

- ✓ 65 مستشفى عاما ومتخصصا، منها معهد متخصص في الكلى وأخر في السرطان؛
- ✓ 244 عيادة متعدد الخدمات؛
- ✓ 40 قاعة علاج؛
- ✓ 06 مراكز للمراقبة الصحية على مستوى الحدود؛
- ✓ معهد التكوين شبه الطبي.

I-1-6-نقائص تعاني منها المنظومة الصحية الجزائرية

هذه النقائص يمكن ترجمتها من خلال:[2]

- ✓ عدم تنظيم المصالح الصحية: بالرغم من عددها المعتبر لا تستجيب الهياكل الصحية العمومية إلى جزئيا للطلب الصحي، حيث يعرف التكفل بالأمراض نقصا متزايدا؛
- ✓ التوزيع السيئ لمهني الصحة، حيث تشهد المنطقة الجنوبية تغطية سيئة بخصوص الأطباء المختصين، فضلا عن اتجاه هؤلاء إلى المؤسسات الخاصة؛

على مستوى المؤسسات الصحية نسجل مجموعة من الاختلالات والنقائص منها:[3]

- ✓ تقديم خدمات صحية ذات جودة متردية بسب عدم تأهيل الكادر البشري وعدم توافق التجهيزات الطبية الموجودة مع ما يعرفه المجال الصحي من تطورات؛
- ✓ عدم رضا الكادر البشري بسب غياب التحفيز وانخفاض الأجور؛

[1] عبد المنعم فرحات، المرجع السابق، ص 109.

[2] حنان يحي الشريف، **تأثير نظام المعلومات على جودة خدمات المؤسسات الصحية**، مذكرة ماجستير، تخصص اقتصاد و تسيير مؤسسة ، جامعة محمد خيضر، بسكرة ، 2008، ص 103.

[3] حنان يحي الشريف، المرجع السابق، ص 106.

- ✓ ارتفاع الثقل التمويلي الذي تسببه المؤسسات الصحية على كاهل ميزانية الدولة؛
- ✓ ضعف فعالية أنظمة المعلومات .

من أجل تجاوز هذه المشكلات، ظهرت مبادرة إصلاح المستشفيات التي تهدف إلى تحسين جودة الخدمات المقدمة وضمان تغطية صحية أمثل من خلال:[1]

- ✓ تطوير التخطيط الاستراتيجي للوصول إلى توافق أمثل بين العرض والطلب الصحي؛
- ✓ تحسين تسيير المؤسسات الصحية واعتماد أدوات التسيير الحديثة؛
- ✓ تبني ميكانيزمات مراقبة الجودة وتقييم فعالية الخدمات المقدمة من خلال ترسيخ ثقافة الاعتماد وخلق معايير ومرجعيات للمقارنة؛
- ✓ ترقية استغلال رأس المال البشري من خلال تقييم الإنتاجية، اعتماد أساليب التحفيز ومراجعة هيكل الكادر الاستشفائي وتطوير المهارات.

ومن أجل تحديد مجالات الإصلاح وأولوياته تناول المجلس الوطني للإصلاح في 15 أوت 2002 ستة ملفات رئيسية تمت إثارتها في التقرير السنوي لصحة الجزائريات والجزائريين، أخذا بعين الاعتبار المعطيات المحصلة من المديريات المركزية للوزارة الوصية تمثلت هذه الملفات في الاحتياجات الصحية والطلب العلاجي، إعادة تنظيم الهياكل الاستشفائية، ترقية وتثمين الموارد البشرية، تحسين إدارة الموارد المالية وفق معايير الجودة، اعتماد أساليب تمويل جديدة والتنسيق بين القطاعات (التمويل، العمل، الضمان الاجتماعي، التعليم، التكوين المهني...)

I-1-7-المستجدات على الساحة الصحية الجزائرية : تمثلت في ما يلي:[2]

مصادقة الجزائر على تصريح الألفية الذي حدث أثناء انعقاد قمة الألفية بنيويورك أيام 6، 8 سبتمبر 2000 ، وفيه تم الإجماع حول ثمانية أهداف يجب تكثيف الجهود من أجل تحقيقها بحلول العام 2015 وهي القضاء على الفقر والمجاعة، تحقيق تعميم التعليم الابتدائي، تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، تخفيض معدل وفيات الأطفال، تحسين صحة الأمومة، محاربة داء فقدان المناعة (السيدا) وحمى المستنقعات وأمراض أخرى، كفالة الاستدامة البيئية وإقامة شراكة عالمية من أجل التنمية.

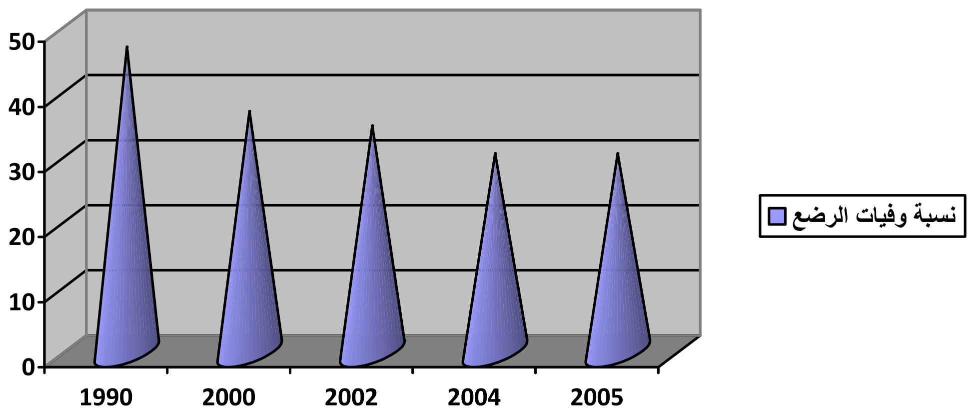
---

[1] حنان يحي الشريف، المرجع السابق، ص 107

[2] طاهري طيبة، المرجع السابق، ص99-102.

ووضعت الجزائر من أجل ذلك عدة برامج وحققت الكثير من النتائج المشجعة نذكر منها ما يتعلق بتخفيض الوفيات من الأطفال دون سن خمس سنوات وهذا ما يظهره الشكل التالي:

شكل رقم (1–3): تطور نسبة الوفيات عند الأطفال في الفترة 1990–2005

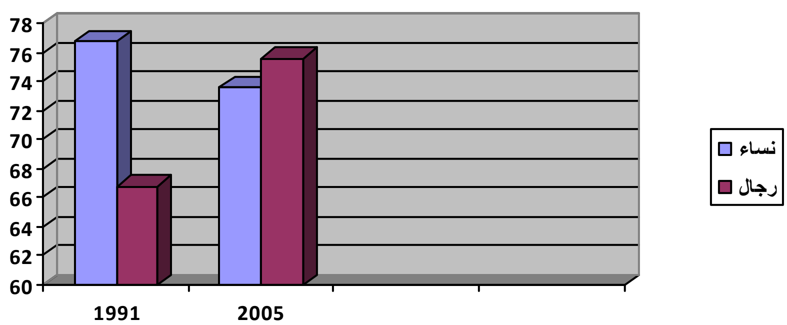


السنة	1990	2000	2002	2004	2005
النسبة	46.8	36.9	34.7	30.4	30.4

المصدر: طاهري طيبة، المرجع السابق، ص100.

كما حققت نتائج معتبرة فيما يتعلق بمعدل البقاء على قيد الحياة عند الولادة هذا ما يظهره الشكل التالي:

شكل رقم (1–4): تطور معدل البقاء على قيد الحياة حسب الجنس في الفترة 1991–2005



معدل البقاء على قيد الحياة	1991	2005
نساء	76.8	73.6
رجال	66.8	75.6

المصدر: طاهري طيبة، المرجع السابق، ص100.

تقليص نسبة وفيات الأمهات عن طريق تعزيز الرعاية الصحية عند الحمل، والرعاية الصحية ما بعد الولادة حيث انخفضت نسبة وفيات الأمومة من 215 سنة 1992 إلى 99 سنة 2004.

أما الجديد على مستوى الضمان الاجتماعي نمو مشروع تعويض الأدوية من قبل المؤمنين عن طريق البطاقة الإلكترونية شفاء، والذي دخل حيز التطبيق ابتداء من شهر أفريل 2007 و يمكن الاطلاع على المعلومات الشخصية التي تحتويها البطاقة الإلكترونية قبل القيام بإجراء التعويض عن طريق مفتاح خاص بكل بطاقة، والتي نميز فيها نوعان البطاقة عائلية خاصة بالمؤمن، وبطاقة شخصية خاصة بالمؤمنين المصابين بأمراض مزمنة.

أما بعض المؤشرات الصحية فنجد مثلا الأمراض المتنقلة خلال بداية السبعينيات كانت منتشرة بكثرة حيث كانت تمثل نسبة 80% من الأمراض المتسببة في الوفيات مقابل 15 % من الأمراض غير المتنقلة وأصبحت خلال 2005 الأمراض المتنقلة تمثل نسبة 30% من السكان مصابة بهذه الأمراض في مقدمتها أمراض ارتفاع ضغط الشرايين وتليها أمراض السكري.

وأكدت الوزارة أن نسبة الخصوبة والإنجاب في تقليص مستمر حين انتقلت من 7.8 طفل لكل امرأة خلال السبعينيات لتصل إلى 2.27 طفل لكل امرأة وهذا راجع إلى انخفاض الأمية والتكفل بصحة الأم والطفل وتطور موانع الحمل ومن جهة أخرى فإن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة سيساهم في تعزيز الهياكل الصحية بجميع أنواعها، كما يساهم القطاع الخاص في تحسين الوضعية حيث وصل عدد العيادات إلى 286 في سنة 2007 والأخصائيين الخواص 5095 والعموميين 6205 طبيب، ومن حيث عدد الأسرة فقد تبيين أن ما تم إنجازه خلال السنوات الأخيرة يمثل ربع ما أنجز خلال 46 سنة حيث بلغ 15500 سرير دون إدخال في الحسبان القطاع الخاص.[1]

I -2- واقع تكنولوجيا و نظم المعلومات بالجزائر

تعد تكنولوجيا و نظم المعلومات في عصرنا الحالي ذات أهمية كبيرة لما للمعلومة من دور كبير في اتخاذ قرارات و التي قد تكون مصيرية بالنسبة للمؤسسة ، لذا تسعى الجزائر لمواكبة هذا الظروف حفاظا على مؤسساتها .

[1] طاهري طيبة، المرجع السابق، ص ص 101-102.

I –2–1– تحديات إلكترونية تواجه قطاع الرعاية الصحية

تلعب التكنولوجيا المعلومات دورا حيويا وحاسما في تعزيز نمو وتحديث قطاع الرعاية الصحية الذي شهد نمو هائلا في ظل نمو هذه الأنظمة تمثل في تحسين الإجراءات الإدارية من خلال الحلول التقنية المبتكرة، ويمثل قطاع الرعاية الصحية مزيج من الإجراءات الدقيقة والشاملة لكافة المراحل التي يمر بها المريض منذ دخوله إلى المستشفى وحتى خروجه منه ورغم الأهمية الكبيرة للأطباء الماهرين والابتسامات اللطيفة المقدمة للمريض، إلا أن معظم ما يتذكره زوار المستشفى من تجربتهم يتمحور حول مدى فعالية تقديم الخدمة لهم، بمعنى هل كان هناك فترات طويلة للانتظار؟ وهل كان الدواء جاهز لدى وصولهم، وبناء على ذلك نرى الابتكار في الإجراءات يمثل جوهر خدمات الرعاية الصحية الناجحة، وفي هذا الجانب يصبح دور التكنولوجيا أكثر وضوحا.

وبالنسبة للسجلات الطبية وإجراءات التعرف على المريض، أصبح العمل بالأنظمة القديمة تشمل على كمية كبيرة من الأوراق الثقيلة أمرا في غاية الصعوبة فمراجعة سجلات المرضى وخصوصا تلك التي تعود بتاريخها إلى عصر ما قبل الحاسوب تستغرق وقتا طويلا جدا إذ لم تسجل رقميا، ومن الواضح أن تدوين السجلات الورقية والرسائل الهاتفية لا تكفي لضمان الخدمة في الوقت المناسب.

وهناك العديد من العوامل التي تدفع مزودي الرعاية الصحية اليوم إلى تغيير أسلوب عملهم يأتي في مقدمتها النمو السكاني المتسارع وزيادة متطلبات المرضى.

وتطورت غالبية شبكات المستشفيات مع مرور الوقت، كما بدأت العديد من مرافق الرعاية الصحية تواجه تحديات بشأن محاولة نشر التطبيقات والنظم الحديثة، وعندما تركز الطواقم الطبية على الكفاءة والفعالية في تقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى يصبح توافر وسلامة المعلومات بمثابة مسألة حياة أو موت بكل ما تحمل الكلمة من معاني.

وبالنسبة لفرق تكنولوجيا المعلومات والاتصالات التي تدعم الطواقم الطبية في عملها يمثل التحدي الكبير الذي يواجهها في توفير التكنولوجيا التي تجعلهم أكثر قدرة على الحركة وتقديم الخدمات الصحية المتنقلة، تقليل فترات الانتظار وتحسين الإنتاجية وفي الوقت نفسه خفض تكاليف التشغيل.

وإذا كان موظفو الرعاية الصحية يتطلعون إلى تلبية وإنجاز أهداف جديدة وتحديد أفضل طريقة للعمل بغرض تحسين الخدمة المقدمة للمريض، فمن الواضح أن تكون هنالك حاجة إلى برمجيات حديثة تدعم تطبيقات الرعاية الصحية.

وفي الوقت نفسه، ومن الواضح أيضا أنه لابد من تزويد بعض فرق تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في الرعاية بالموارد اللازمة لتصميم أفضل شبكة معلومات، لكن ما الذي يطلبه ويريده العاملون في الحقل الطبي اليوم من تقنيات الشبكات من فريق تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الذين يقومون بتصميم وتنفيذ وتقديم الدعم لهم في البداية لابد أن نذكر أن هناك تحولا واسع النطاق من السجلات الطبية الورقية إلى السجلات الطبية الإلكترونية، وليس سدا أن السجلات الطبية الورقية تعتبر عاملا رئيسيا في زيادة التكاليف وأوجه القصور والأخطاء في قطاع الرعاية الصحية، ولهذا السبب يحتاج القطاع الصحي إلى شبكة تضمن الأداء العالي المستمر دون عائق مثل البطء في نقل البيانات، وفي الوقت نفسه يجب أن يصاحب الأداء العالي قدرا مرتفعا من الحماية والأمن بمعنى وجود إجراءات أمنية صارمة إذ تعد معلومات المريض السرية من أكثر المعلومات الحساسة الموجودة.[1]

I -2-2- الفجوة الرقمية وجمع المعلومات في العالم العربي

تعرف الفجوة الرقمية بأنها فجوة التي خلقتها ثورة المعلومات والاتصالات بين الدول المتقدمة والنامية وتقاس بدرجة توافر أسس المعرفة بمكونات الاقتصاد الرقمي الذي يستند إلى تكنولوجيا المعلومات ودرجة الارتباط بشبكة المعلومات العالمية (الانترنت) وتوافر طرق للمعلومات السريعة والهواتف النقالة وخدمات التبادل الرقمي للمعلومات، وهي الأسس التي أصبحت تحكم كافة نواحي الحياة وأسلوب أداء الأعمال من معاملات مصرفية وإنشاء الشبكات التعليمية والصحية والسياسية.

والحقيقة أن كل الدول العربية رغم وعيها بضرورة الاهتمام بإرساء قواعد الاقتصاد الجديد والإدماج الفعال في ما يسمى مجتمع المعلومات يبقى الكثير منها يعاني ضعفا ملحوظا في هذا المجال حيث ذكرت دراسات أن الصفحات العربية على الشبكة العالمية لا تستحوذ إلا على 1% فقط من إجمالي الصفحات المنشورة بكل اللغات على الإنترنت.

في هذا الإطار فإن تسريع الانخراط في الانترنت وكافة القطاعات التقنية المعلومات ضرورة ملحة يفرضها عالم جديد تحكمه شبكة المعلومات نتيجة لتوسع قدرة الحواسيب بأنواعها المختلفة وازدياد سرعة التشغيل والاندماج بين أجهزة الكمبيوتر ووسائل الاتصال.

لمواجهة خطر تفاقم الفجوة الرقمية تفطنت بعض الدول العربية لأهمية التكنولوجيا الحديثة وضرورة تحويل المنطقة العربية إلى منطقة منتجة ومصدرة لتقنية الاتصالات والمعلومات وذلك من أجل الإسراع بالتنمية الاقتصادية

[1] www.arabianbusiness.com/mobile/pda/article.php 2011/04/29 :تاريخ الاطلاع

والاجتماعية، وتطوير المجتمع بكامل مكوناته للوصول إلى مجتمع يعتمد على تقنية الاتصالات متناغما في ذلك مع الاتجاه المستقبلي للعالم.[1]

إن نفاد إلى تكنولوجيا المعلومات والاتصالات مسألة حرجة لاسيما في النقاش الدائر عالميا حول كيفية توصيل منافع مجتمع المعلومات إلى كل فرد من الأفراد، وكانت القمة العالمية على الفجوة الرقمية، وقد أفرزت المرحلة الأولى من هذه القمة التي عقدت في جنيف عام 2003 إلى مبادئ وخطة عمل يعترفان بأن البنية التحتية لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات حاسمة الأهمية في بلوغ هدف الشمول الرقمي، ويمكننا قياس مدى النفاد الفعلي إلى التكنولوجيا المعلومات والاتصالات ومجتمع المعلومات من خلال الاعتماد على مجموعة مؤشرات مثل كثافة الخطوط الهاتفية (الثابتة والنقالة)، انتشار الحواسيب الشخصية ومدى استخدام الإنترنت، والحقيقة أن الواقع العربي ما زال بعيدا عن مستوى إتاحة المعلومات لجميع مواطنيه وربطهم بشبكة الانترنت، وذلك نظرا لوجود العديد من المتناقضات التي يعاني منها سواء تلك المتعلقة بمقومات البنية التحتية أو بمجموعة الإجراءات البيروقراطية التي تتسم بها عملية التسيير.[2]

تشير الإحصائيات وبعض الدراسات المقامة في هذا الشأن إلى أن الدول النامية بما فيها الدول العربية لم تحتل بعد مركزا مناسبا في مجال المعلوماتية حتى تصنف ضمن الدول التي تعيش عصر المعلومات المرجوة منها، خاصة في عالم أصبح يعرف تكتلات كبيرة تشكل كيانات اقتصادية عملاقة تهيمن على أجه النشاط الاقتصادي تقف في وجه هذه الجهود، هذا ومن جهة أخرى هناك عوامل أخرى تتعلق بالدول العربية نفسها تعرقل هذه الجهود المبذولة أهم هذه العوامل هي:[3]

- الفجوة الاقتصادية والتكنولوجية بين الدول العربية، فهناك دول لها إمكانيات تسمح لها اقتناء أحدث التكنولوجيا في حين هناك دول لازالت تناضل في سبيل إشباع ضروريات العيش؛
- الاختلاف الشديد في الكثافة السكانية، فهناك دول لها فائض في القوى البشرية مدربة ومؤهلة في حين هناك دولا لا تتوفر لديها الإطارات الفنية القادرة على مجاراة التطورات الحاصلة في مجال المعلوماتية؛

---

[1] بوشلول فائزة، **واقع الاقتصاد الجديد في العالم العبي والجزائر**، مجلة الباحث، عدد 2007/5، ص 124-127.

[2] عفاف خويلد، **فاعلية النشاط الترويجي في ظل تكنولوجيا المعلومات والاتصال في المؤسسات الجزائرية**، مذكرو ماجستير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2009، ص ص 101-102.

[3] نفس المرجع، ص ص 102-103.

- ضعف دور المنظمات العربية المتخصصة في مجال تكنولوجيا المعلومات ومراكز المعلومات المتوفرة بالدول العربية ونقص الأدوات الأساسية المؤثرة في صناعة المعلومات؛
- عدم توفر الكفاءات البشرية اللازمة في الدول العربية؛
- عدم توفر خطط شاملة ومنظمة لتكوين الأفراد، حتى وإن وجدت فهي ليست طويلة الأجل بما يسمح بتكوين أفراد مؤهلين للنهوض بهذا القطاع .

كما هناك معوقات أخرى تحول دون الارتباط الفعال والكفأ للمجتمعات العربية وبمجتمع المعلومات وشبكة الانترنت، لكن ما يغلب على هذه الأخيرة من المعوقات أنها تكنولوجية أكثر منها اقتصادية أو اجتماعية هي على النحو التالي:[1]

- ✓ عدم إنجاز البنى التحتية والشبكات المطلوبة للاتصالات؛
- ✓ قلة الوعي بما تتيحه الشبكة من فرص معرفية وبحثية واستثمارية وإعلامية.... إلخ؛
- ✓ محدودية انتشار استخدام الحواسيب في المجالات الحياتية؛
- ✓ معوق اللغة، خاصة وأن معظم الموارد الموجودة على الشبكة هي باللغة الإنجليزية يقابل ذلك قلة المواقع والموارد العربية المتوفرة فيها؛
- ✓ ارتفاع تكلفة الاشتراك أحيانا.

I -2-3- ضعف القابلية الرقمية في الجزائر

نلاحظ أن الجزائر بعيدة حتى على الدول العربية في مجال إدماج التكنولوجيا الحديثة للإعلام والاتصال في الاقتصاد من خلال خلق بنية معلوماتية تسمح بتأهيل الاقتصاد الجزائري للنمو السريع والتوازن مع متطلبات العا لم الحديث، أمر يكاد يكون غير معقول في بلد تتوفر على إمكانيات اقتصادية ممتازة مقارنة مع دول أخرى عرفت كيف تواجه اقتصادها نحو التنمية بخطوات جريئة وسريعة وذكية، وهو الأمر الذي سيعطي ثماره بالتأكيد في السنوات القادمة.

كما أن ملامح تكنولوجيا المعلومات والاتصال في الجزائر والتي تعتبر القاعدة الأساسية للبيئة الرقمية ضعيفة نوعا ما مقارنة بالدول العربية الأخرى واعتبار الإمكانيات والمؤهلات التي تكتسبها الجزائر، وفي محاولتنا لتشخيص واقع الاقتصاد المعرفي في الجزائر من خلال ما تحقق إلى حد الآن يلاحظ أن المجهودات لازالت ضعيفة وتكاد تكون شبه منعدمة.

---

[1] عمار قنديلجي، إيمان فاضل السامرائي، **تكنولوجيا المعلومات وتطبيقاتها** ، عمان، الوراق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2002، ص 466.

إن واقع حال الجزائر يشير إلى تخلفها في المجالات الرقمية، فالفجوة الرقمية في الجزائر تبعدها ليس فقط عن الدول المتقدمة بل وحتى عن بعض الدول العربية التي ليست لها مؤهلات الاقتصاد الجزائري.

والواقع أن التكنولوجيا الحديثة للإعلام والاتصال في الجزائر هي حبيسة قطاعات قليلة وأشخاص محدودين، وهذا غير كافي لإنتاج اقتصاد معرفي فعال، وأن الإخفاق في هذا التلاحم يمكن أن تكون له عواقب وخيمة إن لم يتم الإدراك السريع لدور التكنولوجيا الحديثة للإعلام والاتصال كوسيلة فعالة لتدارك التخلف الاقتصادي.

إن استعمال تكنولوجيا المعلومات والاتصال قد أصبح يشكل تحديا ضخما للدول السائرة في طريق النمو في إطار بناء مجتمع معلومات وتطوير الاقتصاد الجديد وتؤكد دراسات بأن التجارب قد بينت بأن اقتصاد مبني على المعرفة والمعلومات لا يمكن أن يكون ظرفيا مرتبطا بحوادث وأشخاص ولا يمكن إرساؤه إلا من خلال سياسية معلنة بوضوح وتنظيم جدي وواقعي، وتوضح دراسات بأن وضعية الجزائر في مجال الاقتصاد الجديد هي أضعف بكثير من إمكانياتها المادية، وهذا التخلف يظهر في مجالات الإبداع والبحث التنموي ومجال التكوين والتعليم والبنية التحتية.

وإن البناء التدريجي لمجتمع المعلومات يتضمن إدراج تكنولوجيا المعلومات والاتصال في النظام التعليمي والصحي، وفي إدارة المؤسسات ومساهمتها في عصرنة الإدارة العمومية من خلال الحكومة الإلكترونية.[1]

I –2–4– تطور تكنولوجيا المعلومات والاتصال في الجزائر

و تم دراستها من خلال الشبكة العامة للاتصالات و شبكة الإنترنت .

I –2–4– 1– الشبكة العامة للاتصالات

تشمل تغطية شبكة الاتصالات في الجزائر مجمل التراب الوطني، وهذا بفضل الشبكة التي تطورت خلال السنوات الأخيرة، فقد قفزت طول خطوط الألياف البصرية من 7000 كلم سنة 2000 إلى 28200 كلم في شهر ماي لسنة 2007 وبهذا أصبحت معظم مناطق الوطن متصلة مع بعضها من خلال شبكات من الألياف البصرية، أما الخطوط الهرتيزية فقد انتقلت من 28000 كلم سنة 2000 إلى 58000 كلم سنة 2007 ، بالإضافة إلى ذلك تملك الجزائر شبكة الإرسال المعطيات (DZPAC) التي بدأ استغلالها منذ سنة 1992 ووصلت إلى 4500 ربط في سنة 2000، كما تملك وزارة الإعلام والاتصال لاحتياجاتها الخاصة شبكة أخرى

[1] بوشلول فائزة، المرجع السابق،ص 130-132.

لإرسال المعطيات (MEGAPAC)، بالإضافة إلى الشبكة المؤسساتية الخاصة بالصكوك البريدية وتملك الجزائر أوعية مشتركة كخطوط الألياف البصرية مع المغرب، ليبيا وتونس والخطوط البحرية مع فرنسا، إيطاليا، إسبانيا.[1]

وفيما يخص الاتصالات ارتفعت كثافة خطوط الهاتف الثابت والنقال في قطاع الاتصالات السلكية واللاسلكية وعرفت طفرة غير مسبوقة خلال عام واحد، حيث بلغت كثافة الهاتف الثابت 7.6% سنة 2004 لتصل كثافتها إلى 7.8% سنة 2005 ومع حلول 2006 بلغت 8.64% لتصل في 2009 إلى 8.91% بعدد مشتركين يقدر ب 2922731 مشترك ووجود 53471 طلب للتزويد بالهاتف مما يدل على وجود تطور لكنه بطيء، أما بالنسبة للهاتف النقال فقد بلغت كثافته 15.3% سنة 2004 لترتفع إلى 63.6% سنة 2006 لتصل في 2007 إلى 81.50 % وهذا بعدد مشتركين لغ 27562721 مشترك اتصالات الجزائر للنقال ATM= 9692762 مشترك أوراسكوم الاتصالات الجزائر OTA= 13382253 مشترك، الوطنية للاتصالات الجزائرWTA = 4487706 مشترك، فأرتفع عدد مشتركي خدمات الهاتف المحمول إلى ما يقارب 28 مليون مستخدم ووفقا لم أعلنه رئيس مجلس سلطة ضبط البريد والاتصالات السلكية واللاسلكية فإن الجزائر تحتل المرتبة الثانية بعد مصر في عدد المشتركين في شبكة المحمول بعد أن كان 876 ألف مشترك عام 2000، في الوقت الذي لا يتجاوز فيه عدد مشتركي الهواتف الثابتة الثلاث ملايين مشترك الأمر الذي يؤثر بشكل واضح على انتشار خدمات الانترنت بينما شهدت نوعية خدمات الهاتف الثابت تراجعا ملحوظا بالرغم من الجهود المبذولة في المجال، حيث وصل معدل الأعطال لكل 100 خط 3.5 خط وهذا لسنة 2005 إلا أنه وصل في أفريل 2009 إلى 43 خط لكل 100 خط.[2]

I -2-4-2- شبكة الإنترنت

بدأ مشوار الجزائر في الاتصال بالعالم عند طريق شبكة الانترنت في شهر مارس عام 1993 من خلال مركز البحث والإعلام العلمي والتقني (cerist) حيث عرفت الجزائر منذ ذلك الحين تقدما تدريجيا نحو تبني الانترنت وتعميمها حيث بدأ أول اتصال بالانترنت عن طريق إيطاليا بسرعة بسيطة جدا تقدر بـ ko9.6، ليتم بعد ذلك رفع سرعة الخط ليصل إلى ko64 في سنة 1996، وفي سنة 1998 تم ربط الجزائر بواشنطن عن طريق القمر الصناعي بقدرة تصل إلى 1 ميغابيت في الثانية لترتفع قدرة الإنترنت في الجزائر في شهر مارس

[1] شاذلي شوقي، **أثر استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصال على أداء المؤسسات الصغيرة والمتوسطة**، مذكرة ماجستير، تخصص تسيير المؤسسات الصغيرة و المتوسطة جامعة قاصدي مرباح، ورقلة،2008، ص 128.

[2] عفاف حويلد، مرجع سابق الذكر،ص 105.

1999 إلى 2 ميغابيت في الثانية[1]، ووصلت سرعة الاتصال بالانترنت في 2009 إلى 2.5 ميغابيت في الثانية [2].

بعد سنتين من دخول الانترنت للجزائر كان يقتصر الاشتراك على الهيئات والتي تقدر بـ 130 هيئة تم تطور بعد ذلك ليصل عدد الهيئات المشتركة في سنة 1999 إلى 800 هيئة أغلبها من القطاع العمومي من قطاع التعليم العالي، القطاع الطبي وبعض القطاعات الطبية [3].

وفيما يخص مزودي خدمات ISP فقد انتقل عدد مقدمي الخدمات من 4 مزودين سنة 2000 إلى 69 مزود سنة 2006، وهذا بعد تحديد شروط وكيفيات وضع واستغلال خدمة الانترنت من خلال المرسوم التنفيذي رقم 257/98 بتاريخ 25 أوت 1998، والمعدل بالمرسوم التنفيذي رقم 2000/307 بتاريخ 14 أكتوبر 2000، ووصل عددهم في ماي 2009، 73 متعامل.

ومنذ 1995 إلى 2008 شهدت شبكة الإنترنت تكورا كبيرا فحسب الإحصائيات التي ينشرها الموقع الإلكتروني "إحصاءات الإنترنت العالمية" (world stats internet) فإن عدد الأشخاص الذين أتيح لهم النفاذ إلى الانترنت بلغ حوالي 16 مليون شخص عام 1995 وتضاعف هذا العدد بشكل كبير، ليصبح حوالي مليار دولار و400 مليون مستخدم خلال سنة 2008 [4].

أما عن تطور عدد مستخدمي الإنترنت في الجزائر فقد انتقل من 150000 مستخدم سنة 2000 إلى 2.460.000 متصل سنة 2007 ، إلى حوالي 3.5 مليون في ديسمبر 2008، وبهذا انتقل نسبة اختراق الانترنت إلى عدد السكان من 0.493 % في ديسمبر 2008 وهذا ما يوضحه الجدول الموالي.

[1] شاذلي شوقي، المرجع السابق،ص 128.

[2] عفاف خويلد، المرجع السابق، ص106.

[3] شاذلي شوقي، المرجع السابق،ص 128.

[4] عفاف خويلد، المرجع السابق، ص106- 109.

جدول (1-4): تطور مستخدمي الإنترنت بالنسبة لعدد السكان في الجزائر

السنوات	مستخدمي الإنترنت	عدد السكان	نسبة الاختراق
2000	150.000	31.795.500	%0.493
2005	1.920.000	33.033.456	%5.8
2007	2.460.000	33.506.567	%7.3
2008	3.500.00	33.769.669	%10.4

المصدر: عفاف خويلد، المرجع السابق، ص 107.

أما عن مواقع الويب فمن الصعب معرفة عدد صفحات الأنترنت، بسبب التطور السريع والمذهل الذي تتميز به الشبكة العالمية، كما أن جل الدراسات يغلب عليها الطابع التقديري، ولا تقوم بحساب إلا الصفحات التي يتم فهرستها من طرف محركات البحث تشير إحصائيات الاتحاد الدولي للإتصال إلى أن عدد المواقع الإلكترونية الموجودة في الشبكة العالمية يقدر بأكثر من 162 مليون موقع إلكتروني، وبلغ عدد مواقع الويب الجزائرية المسجلة تحت نطاق DZ ما يزيد عن 4028 موقع سنة 2005 لينتقل 20000 موقع ويب سنة 2007.

ورغم تحرير القطاع الاتصالات إلا أن الوضع الحالي خاصة بالنسبة لشبكة الإنترنت ما يزال ضعيفا مقارنة بدول الجوار، وتعود أهم أسباب هذا التأخر التكنولوجي إلى غياب ثقافة نشر التكنولوجيا المعلوماتية بين أفراد المجتمع مما يجعل المواطن لا يلجأ لاستخدام هذه التكنولوجيا إلا في حالة الضرورة الحتمية[1].

I – 2-5-المبادرات الجزائرية الأخيرة

ورغم ذلك ولنكون أقل تشاؤما تجدر الإشارة للقابلية الجيدة التي يستقبل بها المواطن الجزائري الوسائل الحديثة للإعلام والاتصال، ففضاءات الانترنت أصبحت تتزايد بسرعة كبيرة وتعرف إقبالا متزايدا، علاوة على نفاذ الانترنت للبيوت وإن كان مازال محتشما نوعا ما كما أن تطور تكنولوجيا الهاتف النقال والتحكم في تكاليفه جعل استعماله في متناول الجميع كما يجدر بنا الإشارة إلى بعض المبادرات المهمة في هذا المجال تعبر عن نوع الصحو، وإن كانت قليلة ومتفرقة جدا يمكن أن تكون بادرة جدية نحو الأفضل ولعل أهم ما يمكن التحدث عنه

[1] . شاذلي شوقي، المرجع السابق، ص 129

هو انطلاق مشروع السداد الإلكتروني ومساهمة الجزائر الفعالة في مشروع المستشفى الافتراضي الأورومتوسطي، بالنسبة للموضوع الأول من أهم الخدمات البنكية الإلكترونية يجدر ذكر بطاقة الخصم، بطاقات الائتمان، والبطاقة الذكية.

وفي مجال أخر فمساهمة الجزائر في مشروع المستشفى الافتراضي الاورومتوسطي تعتبر جدية وبناءة وجد طموحة، فلهذا أنعقد الاجتماع الأول للهيئة العليا لقيادة مبادرة المستشفى الافتراضي الأوربي المتوسطي في الجزائر يوم 10 أفريل 2005 تم خلاله تقديم توصيات واقتراحات لتحقيق المشروع.

وللمشروع أفاق جد إيجابية في تجسيد مجتمع المعلومات في المجال الصحي ...

وفي مجال الحكومة الإلكترونية الحديثة للإعلام والاتصال حيزا كبيرا من اهتمامات الدولة حيث أدى ذلك لنشأة عدة مواقع حكومية تعكس المجهودات المبذولة مثل موقع إدارة الضرائب، موقع وزارة الاقتصاد ...إلخ[1].

I -2-6- نظام المعلومات الصحي الجزائري

لقد تم حصر مميزات نظام المعلومات الصحية الجزائرية في النقاط التالية :[2]

- ✓ جمع بيانات مهمة من حيث الكمية، لكن مجموعة بطريقة تقليدية وبدون تحليل وتحديد الفائدة المرجوة منها؛
- ✓ حوصلة عشوائية للمعلومة بدون بذل جهد تحليلي،
- ✓ تتعلق البيانات المجموعة عادة بالوسائل والنشاطات مع إشارة بسيطة إلى الحالة الصحية أو النتائج المرجوة.
- ✓ يعاني الإعلام الصحي في كل من القطاعين العمومي والخاص من آثار الانتقال من منهج تقليدي لجمع البيانات وتحليلها إلى منهج يعتمد على إدخال التكنولوجيا الجديدة للإعلام، وهذا ما يتسبب أساسا في ضياع الخبرة والتحكم اللذان جمعهما المحترفون في مجال معالجة اليدوية للمعلومة وبالتالي اتخاذ تدابير أولية مفادها إعادة العمل بالمناهج المعروفة؛
- ✓ يعتمد نظام المعلومات الصحية الجزائري على نمط تقليدي ويدوي لجمع وتسيير المعلومات ويعتمد في ذلك على أدوات مثل البطاقة المتنقلة، وصل الدخول مختلف دفاتر التسجيل (حركة المرضى، أدوية، وغيرها)

[1] بوشلول فائزة، المرجع السابق، ص ص 132- 133.

[2] عدمان مرزيق، قاسم كريم، **التكنولوجيا الحديثة للمعلومات والاتصال ونظام المعلومات الصحية إشارة إلى حالة الجزائر**، على الموقع : http://ratoulrechreche.geeran.com تاريخ الاطلاع : 2011/4/29.

وبالنظر إلى حجم المعلومات الواجب جمعها، وفي ظل المعطيات سالفة الذكر يشكل هذا أحد معوقات تحقيق أهداف النظام الوطني للصحة والتي يمكن عرضها في النقاط التالية:[1]

- ✓ لم يصبح مكتب الدخول والذي يعد مفتاح نظام المعلومات عملي بصورة كلية في جميع المؤسسات الصحية؛
- ✓ عدم تدوين في البطاقة المتنقلة الأفعال الطبية، الأشعة والتحاليل؛
- ✓ مسك غير جيد للملف الطبي؛
- ✓ انفصال المصالح الإدارية عن المصالح الطبية، وحتى داخل كل واحد منها؛
- ✓ انتقال سيء للمعلومات، وفي أحيان أخرى حجبها؛
- ✓ محاولات محتشمة لتقويم تكاليف التكفل بالمرضى في بعض المؤسسات الصحية أو غيابها في البعض الآخر.

يتضح مما سبق أن نظام المعلومات الصحية الحالي غير قادر على تحقيق الأهداف المرجوة منه، وبالتالي من الضروري إعادة النظر في تصميمه بشكل ندمج من خلاله تكنولوجيا المعلومات والاتصال.

[1] عدمان مريزق، قاسم كريم،، المرجع السابق، ص 6.

خلاصة :

إن الأهمية الكبيرة التي يحضى بها الإصلاح في المجال الصحي ناتجة عن كونه ذو حساسية خاصة ، لتأثيره المباشر على حياة الفرد ، و تعد الإصلاحات في القطاع الصحي من أهم التحديات التي تواجه الجزائر اليوم لما يعانيه النظام الصحي الجزائري من مشاكل و صعوبات تفاقمت بسبب عدم الاهتمام بجودة الخدمة الصحية بالشكل الكافي و قلة فعالية الحلول المتبعة و الإمكانيات المسخرة لتحسين وضعية المؤسسات الصحية و ترقية القطاع الصحي بشكل عام ، ففي السنوات الأخيرة أصبحت المؤسسات الاستشفائية محل العديد من الانتقادات بسبب النتائج التي حققتها و التي لم تكن بالمستوى المطلوب و المرجو منها، و هو ما حدا بالقائمين على الصحة إلى تشريح أسباب الإخفاق و كوامن الفشل التي يرى البعض أنها تكمن في اختيار الأسلوب الأمثل للتمويل ، و البعض الآخر يرى أنها تكمن في العامل البشري ، في حين يرجعها البعض الآخر إلى امتلاك أنظمة معلومات فعالة و استخدام تكنولوجيا معلومات و اتصال حديثة ترفع من مستوى الخدمة .

تمهيد :

تعتبر المؤسسات الاستشفائية سواءا العمومية أو الخاصة هي البداية أو الأساس في تقديم مختلف الخدمات الصحية ، و ينال القطاع الصحي اهتمام الكثير من الباحثين سواءا في مجال الطب أو الإدارة نظرا لما له من أهمية قصوى تتمثل في الاهتمام بصحة المواطنين ، و بما أن المؤسسات الاستشفائية واسطة في تقديم الخدمة الصحية فهي ملاذ المرضى الذين ينشدون العافية و الأصحاء الذين يطلبون الوقاية ، و بالتالي تصبح مسألة تطوير الخدمة من السمات البارزة في عمل المؤسسة الصحية لمواكبة التغير العلمي و التكنولوجي في مجال الطب.

إن اهتمامات الإدارة العليا في وقت سابق كان موجها نحو الموارد الأساسية مثل الأموال و الآلات و القوى العاملة ، بينما أهملت موردا رئيسيا و هو المعلومات ، فالمؤسسات و منها الاستشفائية في حاجة ماسة للمعلومات التي تعتبر ضرورية لمزاولة كافة نشاطاتها .

و سوف نحاول تغطية هذا الفصل من خلال العناصر التالية :

1) المؤسسة العمومية الاستشفائية .

2) ماهية الخدمة الصحية العمومية .

3) مفاهيم عامة حول نظام المعلومات .

II. <u>1- المؤسسة العمومية الإستشفائية</u>

إن صحة الأفراد تتمثل وبدون شك حاسما في التنمية الاقتصادية والاجتماعية في أي دولة، وكما كان المستشفى وسيلة مهمة من الوسائل التي تساهم في تحقيق هذه الأخيرة فقد زاد الاهتمام بإنشاء المستشفيات والانفاق عليها وقد يتم ذلك عن طريق القطاع الخاص وإسهام الهيئات والجمعيات الخيرية كما قد يتم بواسطة المؤسسات العمومية هذه الأخيرة التي تقوم بتقديم بعض الخدمات العمومية التي تتميز بالمصلحة العامة التي تسعى دوما لتحسينها .

II. – 1 – 1 – مفهوم المؤسسة العمومية

هي مؤسسة تقوم بأداء خدمة عامة وتسيطر عليها الدولة، وتقوم بإنشائها الدولة وتخضع بذلك السلطة العامة، والغرض منها النفع العام، هذا التعريف يتضمن العناصر التالية:[1]

- المؤسسة العمومية تحدثها الدولة، وذلك عندما تقدر نشاطا معينا يقتضي أن تقوم به تحقيقا للمصلحة العامة، وبالتالي تخضعها لأحكام المرافق العامة حسب الطرق المتبعة في إدارة هذه المرافق؛
- خضوع المؤسسة العمومية للسلطة الإدارية، أي أنها لا يمكن أن تنفصل من سلطة الدولة وتخضع في تنظيمها الداخلي والخارجي لإدارتها، تحديد الأموال، الأدوات، الأشخاص الذين تسند إليهم إدارة المرفق؛
- المؤسسة العمومية تنشأ بقصد تحقيق حاجة من حاجات النفع العام .

II. – 1 – 2 – خصائص المؤسسة العمومية

تتميز المؤسسات العمومية بالخصائص التالية:[2]

- أن الصفة المشتركة لكل المؤسسات العمومية هي تمركزها في القطاعات القاعدية وكونها كلها قطاعات مهمة ؛
- أغلب هذه المؤسسات موجودة في وضعية احتكارية للسوق، أي أنها متواجدة في سوق الاحتكار الكامل (عارض وطالبين متعددين) مثل احتكار الكهرباء و الغاز في الجزائر من طرف سونلغاز؛

[1] www.infpe.edu.dz/publication/.private/administration0/020sec-moy/loi-admin,3pdf 2011/09/06 :تاريخ الاطلاع

[2] عبد القادر براينيس، **التسويق في مؤسسات الخدمات العمومية**، أطروحة دكتوراة، تخصص علوم اقتصادية ،جامعة الجزائر ،2006، ص 57-59.

- أغلب المؤسسات المقدمة للخدمات العمومية هي مؤسسات ضخمة وكبرى من حيث عدد عمالها ورقم أعمالها ومعدل استثماراتها المحققة ويكون ذلك خاصة إذا تعلق الأمر بالقطاعات القاعدية كالبريد والاتصالات، الطاقة، النقل وغيرها؛
- ليس من أولويات أغلب المؤسسات العمومية ذات الطابع الخدمي وحتى ذات الطابع الصناعي والتجاري البحث عن تحقيق الربح المادي بل تحقيق الربح الاجتماعي ولكن مع ذلك فإن عدم البحث عن الربحية لا يعني منعها لأنه في أحيان كثيرة لا يتناقض الربح الاجتماعي مع الربح المادي؛
- تتميز المؤسسات العمومية بمعيار كثافة رأس المال وذلك لانتمائها إلى قطاع الصناعات الثقيلة المتميزة بالرأسمال الكبير وبالتجهيزات الضخمة وبالوحدات الإنتاجية المركزة والمكلفة وبالاستثمارات الواسعة ذات المردودية الضعيفة على المدى القصير؛
- تخول لهذه المؤسسات مهمة أساسية تتمثل في إرضاء أسواقها بأقل تكلفة.

II. 3-1 – مفهوم المستشفى

يمكن تعريف المستشفى حسب منظمة الصحة العالمية بأنه ملجأ للتمريض والعلاج ومزاولة الصحة الوقائية وبث الثقافة الصحية بين الجمهور ومعالجة الشؤون الاجتماعية الخاصة بالمريض.

وهناك تعريف أكثر تطورا يرى أن المستشفى جزء متكامل من تنظيم إحتماعي وصحي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي والوقائي للمواطنين ويصل بخدماته إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، بجانب أنه مركز لتدريب العاملين في الخدمة الصحية وإجراء الاختبارات الطبية.

ومن التعريفات الشائعة أيضا أن المستشفى جزء من النظام الاجتماعي يرتبط في أداء وظائفه ببرنامج صحي متكامل مع النظام الصحي العام.[1]

يتضح من التعريفات السابقة أن منها ما يركز على الوظيفة التقليدية للمستشفى كمكان لإقامة وعلاج المرضى ومنها ما يركز على المفهوم الحديث باعتباره جزءا أساسيا من النظام الاجتماعي يقوم بأداء مختلف الوظائف الصحية.

ولذلك يمكن تعريف المستشفى بأنه عبارة عن منظمة اجتماعية صحية تقوم بأداء مختلف الوظائف العلاجية والوقائية والتدريبية والعلمية.

[1] سيد جاد الرب، **الاتجاهات الحديثة في إدارة منظمات الصحية**،2008، مطبعة العشري، ص 40.

II. 1– 4 – خصائص المستشفى

هناك عدد من الخصائص التي تميز المستشفى عن غيره من المؤسسات الاجتماعية الأخرى، وأهم هذه الخصائص ما يلي:[1]

- تعدد الفئات العاملة داخل المستشفى فهناك الطبيب والإداري وعضو هيئة التمريض والمساعد ولكل منهم اهتماماته الخاصة به، ويهتم كل فرد بأداء وظيفته بصرف النظر عن الآخرين، ولذلك نرى أن المتخصص داخل المستشفى أشبه بالعامل على خط الإنتاج لا يهتم إلا بالعملية التي يؤديها عند النقطة التي يقف عندها على الخط الإنتاجي؛
- صعوبة التنبؤ بحجم العمل في المستشفى نظرا لصعوبة التنبؤ بحالات المرض المتوقعة ولذلك على عمال المستشفى أن يكون جاهزين بصفة مستمرة لاستقبال الحالات المتوقعة وغير المتوقعة؛
- صعوبة تقييم نشاط المستشفى بالمقاييس العادية التي تستخدم في الوحدات الإنتاجية نظرا لأن أطراف الخدمة في المستشفى هم الأطباء ومعاونيهم بالإضافة إلى مستهلك الخدمة وهو الفرد هذا إلى جانب صعوبة تقييم الخدمات بصفة عامة؛
- يمتاز العمل داخل المستشفى بالدقة المتناهية والحذر الشديد في أداء الخدمة حيث أن الأمر يتعلق بصحة الإنسان وأي خطأ قد يؤدي بحياة المريض أو يؤدي إلى عجز دائم.

II. – 1– 5 – الوظائف الأساسية للمستشفى

هناك وظائف أساسية تشترك فيها معظم المستشفيات الحديثة وهي:[2]

✓ تحقيق مستوى عالي من جودة الرعاية الطبية للمريض والمصاب حيث يرتبط هذا بمدى إمكانية توافر العناصر التالية:

- حسن التدبير التقني للرعاية الطبية والمتعلق بتطبيق علوم التكنولوجيا الطب والعلوم الصحية الأخرى؛
- حسن التدبير في العلاقات الشخصية المتبادلة فيما بين الطبيب ومريضه المتعلق بالتفاعل الاجتماعي والنفسي القائم بينهما وذلك لتسهيل نجاح تشخيص المشاكل الصحية وعلاجها؛
- توفر وسائل الراحة والمتعة والتسهيلات التي يجدها المريض في المستشفى؛

[1] سيد جاد الرب، المرجع، السابق،ص ص 41-42.

[2] سليم بطرس جلدة، **إدارة المستشفيات والمراكز الصحية**، الشروق للنشر والتوزيع، 2007، ص 31-34.

- ✓ تعليم وتدريب العاملين في المجالات الطبية والتمريضية وفي العلوم الطبية المساعدة: أي أن المستشفيات في وقتنا الحاضر قد أصبحت مركزا لتنمية معلومات عددا كبيرا من العاملين في المجالات الطبية وتطوير لمهاراتهم وقدراتهم ومن ناحية علمية فقد يكون المستشفى هو المكان الذي يتم فيه تعليم وتدريب كل الأطباء والممرضين وغيرهم؛
- ✓ تعزيز البحوث في مجالات العلوم الطبية والعلوم الأخرى التي لها علاقة بالصحة، حيث أن التقدم الهائل في علوم وتكنولوجيا الطب والعلوم الصحية الأخرى في تشخيص المشاكل الصحية وعلاجها هو خير دليل على أهمية البحوث في مجالات العلوم الطبية وأصبح المستشفى يضم كافة الإمكانيات التي تساعدها على إجراء مثل هذا النوع من البحوث مثل وجود سجلات طبية أو بنك المعلومات تساعد في القيام بالبحوث والدراسات، وكذا وجود المخابر والتجهيزات الطبية التي تتيح الفرصة أمام الباحثين حتى يقوموا بالبحوث التطبيقية؛
- ✓ توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية، إذ أن المستشفيات تساعد بشكل أو بآخر على تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية وذلك عن طريق العيادات الأولية الخارجية حيث يتم توفير العناية الشاملة والمستمرة في هذه العيادات وتنسيق أمور رعايته مع العيادات المتخصصة التي تقدم رعاية طبية من مستوى أعلى.

II. – 1– 6– تصنيف المستشفيات

يمكن تصنيف المستشفيات وفق العديد من الأسس وهي:[1]

- نمط الملكية والإشراف؛
- الربحية؛
- نوع الخدمة؛
- الحجم .

نمط الملكية : وهي نوعين المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة .

[1] سليم بطرس جلدة، المرجع السابق، ص35-41.

فالمستشفيات الحكومية هي مستشفيات تملكها هيئات رسمية تقوم على رعاية شؤونها ومصالحها، هذه المستشفيات يفترض أنها تقدم خدمات صحية لمختلف المواطنين مقابل أجور زهيدة، أما المستشفيات الخاصة فهي مستشفيات تعود إلى أطباء يعملون لحسابهم الخاص أو بعض المؤسسات الخيرية .

الربحية : بالرغم من أن الهدف العام من إنشاء المستشفيات هو عادة تقديم الخدمات الطبية إلى المواطنين إلا أن هناك أهداف أخرى قد تكون أساسية من وراء تأسيس المستشفيات ومن بين الأهداف سعي المستشفى لتحقيق الأرباح وفي هذا السياق نميز بين ثلاثة أنوع من المستشفيات لا تهدف للربح وهي المستشفيات الحكومية وهي التي تقوم الدولة بتأسيسها بهدف تقديم الخدمات الطبية للمواطنين دون مقابل أو مقابل أجور رمزية زهيدة والنوع الثاني هو المستشفيات الخيرية التي تدار من قبل إحدى الجهات الخيرية ويكون الهدف من إنشاء هذه المستشفيات عادة هو هدف خيري من دون أن يكون لهم أي غرض مادي أو تفكير في الربح والفائدة من وراء عملهم أما النوع الثالث فهو مستشفيات تهدف للربح تعود ملكيتها عادة إلى أفراد.

نوع الخدمة : يمكن تقسيمها على هذا الأساس إلى مستشفيات عامة وهي التي تحتوي على جميع الأقسام السريرية أي أنه يعالج فيها جميع أنوع الأمراض عدا الأمراض التي قد يحدث فيها عدوى التي يجب أن يخصص لها مستشفيات خاصة بها، ومستشفيات خاصة تعالج في أقسامها أمراضا معنية.

الحجم : ويمكن تقسيم المستشفيات هنا على حسب المجتمعات السكنية التي تحدها إلى صغيرة ومتوسطة وكبيرة، هذه الأخيرة التي تتواجد عادة في المدن الكبيرة وتخدم تجمعات سكانية كبيرة.

II. – 2– ماهية الخدمات الصحية العمومية

شهد قطاع الخدمات تطورا ملحوظا نظرا لما لها من أهمية في عدة جوانب منها الجانب الصحي .

II. –2–1– تعريف الخدمة

لقد أظهرت أدبيات التسويق العديد من التعريفات للخدمة، إلا أنه سيتم ذكر بعضها مع التركيز على الخصائص المشتركة لهذه التعريفات في محاولة لوضع تعريف محدد يشمل كافة هذه الخصائص.

فقد عرفGonroos الخدمة بأنها أي نشاط أو سلسلة من النشاطات ذات طبيعة غير ملموسة في العادة ولكن ليس ضروريا أن تحدث عن طريق التفاعل بين المستهلك وموظفي الخدمة أو الموارد المادية أو السلع أو الأنظمة والتي يتم تقديمها كحلول لمشاكل العميل.[1]

[1] هاني حامد الضمور، **تسويق الخدمات**، الطبعة الرابعة، دار وائل للنشر،2008، ص 20.

أما كوتلر وأرم مسترونغ فقد عرفا الخدمة بأنها نشاط أو منفعة يقدمها طرف إلى طرف أخر وتكون في الأساس غير ملموسة أو غير محسوسة ولا يترتب عليها أية ملكية فتقديم الخدمة قد يكون مرتبطا بمنتج مادي أو لا يكون.[1]

في حين يعرف كل من Bitner و Zaithmal الخدمة على أنها تمثل أعمال عمليات وإنجاز، وإن جميع الأعمال والعمليات تقود إلى إنتاج شيء غير ملموس.[2]

لذلك عند الحديث عن الخدمات فإننا نتعامل مع شيء غير ملموس والذي شراؤه أو عند الانتهاء الاستفادة منه ليس بالضرورة أن ينتج نقل الملكية وبناء عليه يمكن وضع التعريف التالي للخدمة بأنها: تمثل نشاط أو أداء غير ملموس قد يكون مرتبط بمنتج مادي أو لا يكون والتفاعل بين المستهلك وموظفي الخدمة ليس ضروريا ولا يترتب عليه نقل الملكية.

II. – 2–2– خصائص الخدمة

تتميز الخدمة بالخصائص التالية :[3]

- الخدمات غير ملموسة، في حقيقة الأمر تعد الخدمات غير ملموسة لأنه من الصعب رؤيتها أو لمسها أو الإحساس بها أو تذوقها قبل شرائها عكس السلع المادية التي نستطيع تقييمها بمجرد رؤيتها أو لمسها أو حتى تجريبها في بعض الأحيان قبل شرائها ونتيجة لكون الخدمات غير ملموسة يتعذر على رجل التسويق في مجال الخدمات وصفها وتوضيحها وتقييمها بسعر يمثل القيمة الحقيقة لها؛
- الخدمة غير قابلة للتخزين: الخدمات منتجات غير ملموسة لا يمكن تخزينها وهذا ما يجعل المؤسسات الخدمية تعمل على مسايرة الطلب على خدماتها في فترة زمنية معينة حيث يمكن أن يزداد الطلب على خدمتها في فترة معينة وينخفض في فترة أخرى وبالتالي فإن الأمر الأكثر تعقيدا على المؤسسة الخدمية في مواجهة هذه التقلبات في الطلب؛
- الخدمة غير متجانسة : يختلف تقديم الخدمة من شخص إلى أخر خاصة إذا تعلق الأمر بخدمات تعتمد بالدرجة الأولى على التدخل الإنساني (درجة اللاملموسية للخدمة أكبر من درجة الملموسية) يصعب على الزبون المقارنة بين نفس الخدمات المعروضة قبل شرائها ويكون

[1] فريد كورتل، **تسويق الخدمات**، الطبعة الأولى،2009، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر، ص64.

[2] محمود جاسم الصميدعي، ردينة عثمان يوسف، **تسويق الخدمات**، الطبعة الأولى،دار الميسرة للنشر،2010، ص24.

[3] . Pierre Sauvé , Pierre Filiatrault **, LE MARKETING DE SERVICES EN PME: UNE APPROCHE THÉORIQUE ,**ASAC 1996 , p p 2 , 3.

من الصعب على مقدم الخدمة إنتاج نفس الخدمة وبنفس الصفات في الوقت والمكان نفسه، ضف إلى أن الخدمات تقدم في أماكن عديدة ومن طرف أشخاص يختلفون من مؤسسة إلى أخرى وبالتالي فإن النمطية في إنتاج الخدمات تعد أمرا صعبا عكس السلع المادية التي تكون في غالب الأحيان نمطية .

بالإضافة إلى بعض الخصائص أهمها مايلي :[1]

- ✓ مشاركة الزبائن في إنتاج الخدمة : هناك علاقة مباشرة بين مقدم الخدمة والزبون أين يطلب الزبون من الجهة المقدمة للخدمة بذل مجهودات في بعض الأحيان فيما يخص الاستماع لرغباته في الخدمة التي يطلبها، في طريقة الاستقبال و الاستشارة، معارف حول ميدان لخدمة مقدمة، وخدمات أخرى مختلفة .
- ✓ صعوبة قياس وتقييم الخدمات: وهذا إلى جانب وجود بعض الخصائص المميزة لخدمة والتي ترتبط بنظام إنتاج وتقديم الخدمة وهي:[2]
  - صعوبة الرقابة على الجودة؛
  - أكثر صعوبة في تقييمها من جانب المستفيد
  - اختلاف قنوات التوزيع؛
  - أهمية عامل الوقت.

تعتمد الخدمة على النتائج والانسجام بين مقدم الخدمة والمستنفع بها فالمريض ما لم يذكر كل البيانات والمعلومات المرضية عنه للطبيب وما لم يلتزم بتعليمات الطبيب سوف يتعثر الشفاء.

[1] . حداد سهيلة، **فعالية البيع الشخصي في تسويق الخدمات**، مذكرة ماجستير، تخصص تسويق ،جامعة الجزائر ، 2006، ص 11-12.

[2] سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص35-36.

الجدول رقم (2-1): الفروق الجوهرية بين السلع والخدمات

الخصائص	السلع	الخدمات
درجة الاتصال بالعميل	منخفضة	عالية
درجة النمطية في المخرجات	عالية	منخفضة
طبيعة المخرجات	ملموسة	غير ملموسة
درجة قياس الإنتاجية	سهلة	صعبة
حجم المخزون	كبير	ضئيل جدا
التقييم	سهل	صعب جدا
إمكانية تصحيح عيوب الجودة قبل التسليم	عالية	منخفضة

المصدر: سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص 33

II. - 2-3- تصنيفات الخدمة

لقد أجريت عدة محاولات في تصنيف الخدمات واعتماد على الأبحاث والدراسات السابقة فقد إختار لفوك خمسة أنظمة من التصنيفات وقد أشار إلى أن كل نظام هو محاولة للإجابة على واحد من الأسئلة التالية:[1]

- ما طبيعة عمل الخدمة؟
- ما نوع العلاقة بين المؤسسة الخدمة وعملائها؟
- ما طبيعة العرض و الطلب على الخدمة؟
- كيف يتم تقديم (توصيل) الخدمة؟

أولا: ما هي طبيعة عملية نشاط الخدمة ؟ وقد نتج عن هذا السؤال أربع طرق انظمه للتصنيف وهي:

- أعمال ملموسة أو نشطات موجهة للأفراد مثل خدمات الطيران
- أعمال ملموسة أو نشاطات موجهة للسلع والممتلكات المادية الأخرى مثل خدمات الصيانة والتنظيف
- أعمال غير ملموسة أو نشاطات موجهة نحو ممتلكات الأفراد مثل خدمات التأمين والاستشارات البنكية في بعض الأحيان ينظر للخدمة على انها تتفرع إلى فئتين أو أكثر فعلى سبيل المثال خدمات الترقية والتسلية (موجهة نحو عقول الأفراد) في الغالب تتيح أنشطة

[1] هاني الضمور، مرجع سابق، ص 31-38.

ملموسة مثل البقاء في المسرح لكن في معظم الحالات فإن الخدمة الجوهرية تكون بشكل ضيق ومحدود في إحدى الفئات الأربع على الرغم من وجود نشاطات وأعمال ثانوية للفئات الأخرى.

ثانيا: ما نوع العلاقة بين المؤسسة صاحبة الخدمة وبين عملائها؟ وقد نطرح هذا السؤال التالي: هل تدخل المؤسسة مزودة الخدمة في علاقة رسمية مع العملاء ؟ كما هو الحال في الاشتراك في الهاتف والأعمال المصرفية

أم أنه لا توجد علاقة رسمية ؟ وهل تقدم الخدمة على أساس منتظم كما هو الحال التأمين والبث الإذاعي أم أن كل عملية يتم إنجازها بصورة منقطعة ؟

ثالثا: ما طبيعة العرض والطلب للخدمة؟ قد تستفيد المؤسسات المصنعة للسلع الإنتاجية من القدرة الإنتاجية (الاحتياطي) كوقاية ضد تقلبات الطلب وهذا للعمل يمكنها من التمتع بالاقتصاديات المشتقة من تشغيل المصانع على مستوى ثابت من الإنتاج بينما لا تستطيع مؤسسات الخدمات فعل ذلك لأنه لا يوجد لديها احتياطي خدمات مثلا إن الدخل الممكن الحصول عليه من مقعد شاغر على رحلة جوية قد يفقد للأبد طالما تقلع الطائرة.

ولكن الاختلافات في العرض والطلب لا توجد في كل حالات الخدمات، إن إدارة الطلب هي مهمة يواجهها تقريبا كل المسوقين سواء كانوا يقدمون سلعا أو خدمات حتى عندما تكون الاختلالات حادة ولا يمكن استخدام المسموحات للعمل كوسيط بين العرض والطلب بالإمكان أو تكون الإدارة قدرة على عمل الخدمات مثلا عن طريق استئجار مرافق إضافية في أوقات قمة الازدحام ولكن بالنسبة لمجموعة أساسية من مؤسسات الخدمة فإن إدارة تقلبات الطلب من خلال أعمال التسويق هي الأساس في القابلية للربح.

رابعا: كيف يتم تقديم الخدمة وأين؟ أي أنه هل من الضروري للعميل أن يتصل بمؤسسة الخدمة بنفسه؟ فقد يكون عليه أن يذهب إلى موقع المؤسسة أو لربما على المؤسسة أن تذهب إليه وهل يمكن إتمام الأعمال من مسافة قريبة أي هل للمؤسسة منفذ واحد أو منافذ متعددة لخدمة العملاء؟ وبالتالي على المؤسسة أن تزيد من عدد منافذ التوزيع الحالية لكي تسهل على العملاء الوصول إليها إلا أنها قد تخلق مشاكل الرقابة على الجودة وفي بعض أنواع الخدمات قد يذهب مقدم الخدمة إلى موقع العميل وهذا بالطبع أساسي عندما يكون مقصد الخدمة غير قابلة الحركة مثل بناية تحتاج إلى صيانة وترميم.

II. 2-4- مفهوم الخدمة العمومية

هي كل وظيفة يكون أداؤها مضمونا ومضبوطا ومراقبا من قبل الحاكمين لأن تأدية هذه الوظيفة أمر ضروري لتحقيق وتنمية الترابط الاجتماعي وهي من طبيعة لا تجعلها تتحقق كاملة إلا بفضل تدخل قوة الحاكمين.

والدولة هي تنظيم اجتماعي مشكل أساسا من طرف مجموعة من المصالح العمومية أي أن المصالح العمومية هي التنظيمات المشكلة لهيكلة للدولة.

من هذا التعريف يمكن استنتاج النقاط التالية :[1]

- تستعمل الدولة بصفة كاملة الأسواق العمومية كوسيلة للتدخل وهذا معناه أن الإدارة هي التي تنتج منافع للمصلحة العامة وأنها ممثلة من طرف الخدمات العمومية ولذلك فهي عندما تسعر لتفضيل الصالح العام فهي مدعوة لضمان حسن سير خدمات المصلحة العمومية؛
- لكي تصبح الخدمة خدمة عمومية فذلك معناه أن هذه الخدمة تتمتع بمعيار ثنائي فهي من جهة اقتصادية (صناعية أو تجارية) أو "إدارية" ومن جهة أخرى مراقبة من الدولة؛
- ما هو أساسي في المصلحة العمومية هو مفهوم الهدف فأي نشاط لا يؤدي بمفهوم الفائدة العمومية والمصلحة العامة هو بالضرورة غير صادر من مصلحة عمومية.

II. – 2-5- خصائص الخدمات العمومية

الخدمات العمومية متنوعة فالبعض منها ذو طابع إداري والبعض الأخر ذو طابع صناعي وتجاري وإضافة إلى هذا الاختلاف هناك خطوط مشتركة مميزة للخدمة العمومية هي:[2]

- البحث عن المصلحة العامة؛
- الاستقلالية (أقل أو أكثر) من السوق.

منطق المصلحة العامة: لكي يؤهل نشاط الخدمة العمومية لمستوى المصلحة العمومية يجب أن يخضع لـ 03 قواعد موضوعة من قبل ROLLAND هذه القواعد هي:

- ✓ **مبدأ المساواة أمام الفئتين** : فئة مستعلمة للخدمة العمومية وفئة غير مستعملة للخدمة العمومية ولكن لها علاقة بها
- ✓ **مبدأ الاستمرارية** : الذي يعني ضمان استمرارية الخدمة العمومية بصورة منتظمة وبدون القطاع مهما كانت الظروف.
- ✓ **مبدأ الملائمة** : الذي يعني ضرورة تكييف وانسجام الخدمة مع رغبات الجمهور البعض من الكتاب اقترحوا إضافة قاعدتين أخريين :

---

[1] عبد القادر براينيس، **مرجع سابق** ، ص ص 55-56.

[2] عبد القادر براينيس، المرجع السابق،ص 120-128.

- ✓ **مبدأ الحيادية** : الذي يعني أن تستغل المصلحة العمومية بالأخذ بعين الاعتبار فقط المصلحة العمومية بالأخذ بعين الاعتبار المصلحة العامة دون أي اعتبارات أخرى.
- ✓ **مبدأ المجانية:** والذي يعني أن تستغل المصلحة العمومية بدون مقابل.

غياب منطق السوق: المؤسسة الخاصة تجلب مواردها إلا من السوق لذلك تعتبر ارتفاع وضخامة مبيعاتها كمؤشر لكفاءتها وحسن تعاملها مع السوق وهنا طرح السؤال التالي: هل يمكن لمصالح الخدمات العمومية جلب الموارد مالية خارج السوق أو هل مؤشر كفاءتها وفعاليتها هو ذاته مؤشر كفاءة المؤسسة الخاصة؟

للإجابة على السؤال نفرق بين الخدمات العمومية ذات الطابع الإداري والأخرى ذات الطابع الصناعي والتجاري فالخدمات العمومية ذات الطابع الإداري في الحقيقة ليس لها سوق لأنه ليس لها ما تبيع بالمعنى الحقيقي ولذلك فقرار التعامل مع الخدمة الإدارية ليس في أي حال من الأحوال قرار شراء ولذلك لا يمكن اعتبار حجم الزبائن كمؤشر ومعيار لمستوى الخدمة المؤداة فالعدد الكبير من الأشخاص الذين يزورون البلدية يوميا لقضاء حاجاتهم لا يعتبرون معيار المستوى نجاعة ونجاح هذه الإدارة أما الخدمات العمومية ذات الطابع الصناعي والتجاري فرغم كونها تتمتع بعلاقة سوقية مع مستعمليها الذين يعتبرون حسب المنطق الاقتصادي " زبائن" رغم ذلك لا يمكن اعتبار كثرتهم كمعيار لكفاءتها نظرا لعاملين:

- ❖ كون هؤلاء الزبائن خاضعين ولا خيار ولا بديل لهم أمام التعامل مع الخدمة العمومية؛
- ❖ كون الخدمة العمومية قطاعا محتكرا لا يوفر للزبائن البدائل المناسبة التي يحتاجون إليها ولذلك فالزبون الذي يقف كل مرة في طابور طويل لمدة ساعة أو أكثر ليخرج مبلغا من حسابه الجاري البريدي تجده غير مسرور بتواجده في تلك الحالة ولكنه مع ذلك يستمر في تعامله مع قطاع البريد لسبب وحيد هو كونه لا يملك حلول تغيرية.

II. 2-6-مفهوم الخدمة الصحية

يمكن تعريف الخدمة الصحية من خلال تقسيمها إلى قسمين: الأول الخدمات الصحية العلاجية تمثل الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة و تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج سواءا تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفيات بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء وهذه الخدمات هي خدمات صحية علاجية تهدف إلى تخليص الفرد من إصابته أو تخفيف معاناة الفرد من آلام المرض بينما يهتم القسم الثاني بالخدمات الصحية الوقائية أو ما يمكن أن تطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية حيت ترتبط تلك الفئات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج من سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة

ملوثة للبيئة ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة وتمثل على خدمات التطعيم ضد الأمراض الوبائية وخدمات رعاية الأمومة والطفولة.[1]

خصائص الخدمات الصحية: كغيرها من الخدمات تتمتع بمجموعة من الخصائص تميزها عن المنتجات الأخرى باللاملموسية أي عدم إمكانية لمسها، تتزامن إنتاجها مع استهلاكها، التباين أي عدم القدرة على تقديم المستوى نفسه من الجودة، الهلاك أي عدم إمكانية تخزينها، عدم التملك، بالإضافة إلى ذلك فإن الخدمات الصحية تتميز بالخصائص التالية: [2]

- تتميز الخدمات الصحية بكونها شخصية؛
- إن الخدمات الصحية تتطلب في الغالب السرعة في أدائها وهذا يتطلب انتشار مكاني وزماني لها؛
- تتكون الخدمات الصحية من عناصر يكمل بعضها البعض.

الصحة العمومية هي الاستجابة للاحتياجات الصحية لجميع السكان ، و تتمثل الأنشطة الرئيسية لها في :

- ✓ تنظيم النظام الصحي بإدارة خدمات الرعاية؛
- ✓ الوقاية من الأمراض؛
- ✓ مراقبة حالة صحة السكان .

II. 2-7- تعريف جودة الخدمة :

من بين أهم تعاريف الجودة نذكر : [3]

تعريف (Gronroos , 1984) : " جودة الخدمة هي نتيجة عملية تقييم يقارن فيها الزبون توقعاته بالخدمة المقدمة له أو التي قدمت له "

كما عرف (Lewis and Booms, 1983) جودة الخدمة على أنها" قياس لمدى مطابقة مستوى الخدمة المقدمة لتوقعات العميل ، فتقديم خدمة ذات جودة معناه مطابقة توقعات العميل على أساس ثابت"

و عرفها (Parasuraman, Zeithaml and Berry , 1985) بأنها تعني الفرق بين توقعات العملاء للخدمة و إدراكاتهم للأداء الفعلي لها .

مما سبق يمكن أن نستخلص ما يلي :

- ✓ تعتمد جودة الخدمة على تقييم العميل الذي يحكم عليها عن طريق مقارنة ما حصل عليه فعلا مع توقعه من تلك الخدمة ؛

---

[1] طلعت الدمرداش، **اقتصاديات الخدمة الصحية**، الطبعة الثانية، مكتبة القدس، 2006، ص ص 25-26.

[2] فريد كورتل، مرجع سابق، ص ص 315- 316.

[3] . هدى جبلي ، **قياس جودة الخدمة المصرفية دراسة حالة بنك البركة الجزائري** ، مذكرة ماجستير تخصص تسويق ، جامعة منتوري قسنطينة 2010 ، ص ص 70 ، 71 .

✓ أن مفهوم جودة الخدمة يرتكز على وجهة نظر العميل ، و هو ما جعلها مقياسا نسبيا يختلف من عميل إلى آخر .

II. 2-8 – مفهوم جودة الخدمة الصحية :

يعرف Palmar جودة الخدمة الصحية بالنظر إليها من الزوايا التالية :[1]

المريض : على أنها ما يوفره المستشفى من معالجة تتسم بالعطف و الإحترام ؛

الطبيب : وضع المعارف و العلوم الأكثر تقدما و المهارات الطبية في خدمة المريض ؛

المالكين : الحصول على أحسن العاملين و أفضل التسهيلات لتقديم الخدمة للزبائن ؛

إدارة المستشفى : تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية و المهنية ، و يحكمها أخلاقيات الممارسة الصحية ، و الخبرات و نوعيتها و الخدمة الصحية المقدمة و التعامل المثالي مع المريض و الإداري ، و الإلتزام بالمعايير و الأخلاقيات التي تحكم المهن الصحية .

كما تعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية الجودة بأنها : " درجة الإلتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة و معرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة ." [2]

و يعرفها Donabedian بأنهاً صفة الرعاية التي يتوقع من خلالها الارتقاء بمستويات تحسين حالة المريض الصحية ، بعد أن يؤخذ في الحسبان التوازن بين المكاسب و الخسائر التي تصاحب عملية الرعاية من جميع أجزائهاً.

و قد عرفتها الجمعية الطبية الأمريكية سنة 1984 على أنهاً الخدمة الصحية التي تساهم بفاعلية في تحسين أو المحافظة على جودة أو / و استمرارية الحياةً

II. 2-9 – العوامل المؤثرة في جودة الخدمة الصحية :

هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية و تتمثل هذه العناصر في :[3]

➢ **تحليل توقعات المريض** : تحتاج المستشفيات إلى فهم اتجاهات المرضى عند تصميمهم للخدمة الصحية بحيث يكون هذا التصميم متفوقا على توقعات المريض لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة ، و يمكن للمرضى أن يحققوا إدراكاتهم من خلال التمييز بين المستويات

---

[1] . صلاح محمود ذياب ، **قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى و الموظفين** ، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية و الإدارية المجلد العشرين العدد الأول جانفي 2012 ، ص 72 .

[2] . دبون عبد القادر ، **دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة** ، مجلة الباحث العدد 2012/11

[3] . صلاح محمود دياب ، المرجع السابق ، ص ص 73 ، 74 .

المختلفة للنوعية و هي :

- ✓ الجودة المتوقعة : و هي تلك الدرجة من الجودة التي يرى المريض وجوب وجودها ؛
- ✓ الجودة المدركة : و هي إدراك المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة له من قبل المستشفى ؛
- ✓ الجودة القياسية : و هي ذلك المستوى من الخدمة المقدمة و التي تتطابق مع المواصفات المحددة أساسا للخدمة .
- ✓ الجودة الفعلية : و هي تلك الدرجة من الجودة و التي اعتاد المستشفى تقديمها للمرضى .

- ➢ **تحديد جودة الخدمة** : يجب على المستشفى أن يضع التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة .
- ➢ **أداء العاملين** : عندما تضع إدارة المستشفى معايير الجودة للخدمة الصحية المقدمة و يتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الكادر الطبي في المستشفة فإنها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب .

II. 2-10 – <u>أبعاد جودة الخدمة الصحية :</u> و يمكن عرض هذه الأبعاد في العناصر التالية :[1]

- التمكن الفني : و يعني المهارات و القدرات و مستوى الأداء الفعلي لمقدم الخدمة و مساعديه بالدقة المطلوبة و التوافق و بصفة مستمرة بما يشبع رغبات المرضى ؛
- الإمكانيات المادية للمستشفى : و يقاس هذا البعد من خلال تقييم العميل لمباني المستشفى و معداته و أجهزته، و كذا موقع المستشفى و مظهره من الداخل و الخارج من حيث مدى توافر أماكن انتظار السيارات ، مظهر الأطباء و الإداريين وطرق و أدوات الاتصال و مصادر المعلومات التي يحصل منها العملاء على المعلومات اللازمة لهم .
- **الأمان** : و يعني أن يشعر الفرد أنه دائما تحت مظلة من الرعاية الصحية ، و يعني كذلك تقليل مخاطر الإصابة بالعدوى و المضاعفات الجانبية سواءا تعلق الأمر بمقدم الخدمة أو المستفيذ منها ؛
- **الإستمرارية** : و تعني تقديم الخدمات الصحية دون توقف أو إنقطاع ؛
- **الفعالية و الكفاءة** : فالفعالية تعني الحصول على النتائج المرجوة ، أما الكفاءة فتعني تقديم أفضل خدمة في ظل الموارد المتاحة؛

[1] . دبون عبد القادر ، المرجع السابق ، ص ص 218 ، 219

- **الاعتمادية** : و هي تعبر عن درجة ثقة الزبون (المريض) في المؤسسة الصحية و مدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الطبية التي يتوقعها ، و يعكس هذا العنصر مدى قدرة المؤسسة على الوفاء بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة و بدرجة عالية من الدقة و الكفاءة و مدى سهولة و سرعة الحصول على تلك الخدمات و يرفع هذا من مستوى مصداقية المنتوج (الخدمة الصحية) .

بالإضافة إلى هذه الأبعاد يضيف آخرون الأبعاد التالية :[1]

- **سهولة الوصول للخدمة الصحية** : أي أن الخدمة الصحية المقدمة يجب أن لا يحدها عائق ، و إنما الوصول إليها بسهولة و أن تكون قريبة و تتوافر لها وسائل الاتصال ؛
- **الفعالية و التأثير** : حيث تعتمد الجودة على مدى فعالية و تأثير الخدمات المقدمة على أسس علمية ، و أن تقدم بطريقة مناسبة تكنولوجيا مراعية الظروف و المخاطر المحتملة ؛
- **العلاقة بين الأفراد** : و تعني التفاعل بين المقدمين للخدمات الصحية و المستفيدين ، و كذلك بين الفريق الصحي و المجتمع بحيث تكون العلاقات جيدة بما في ذلك التجاوب و التعاطف و حسن الاستماع و الإحترام؛
- **الكماليات** : و تعني مواصفات الخدمة التي تساعد على إرضاء المرضى و إشباع رغباتهم من توفر غرف إنتظار مريحة و وجود ستائر بغرف الكشف الطبي تحافظ على أسرار المريض و خصوصياته

II. 2-11 – قياس جودة الخدمة الصحية :

في مجال الرعاية الصحية يرى المختصون في هذا المجال أن هناك عنصرين أساسيين تقاس بهما جودة الخدمة الصحية هما :[2]

- **العنصر التقني** : و يتعلق بتطبيق المعارف و المعلومات و التقنيات الطبية و غيرها من العلوم في معالجة المشكلات الطبية ، و تقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى القدرة على توفير أقصى حد من المنافع الصحية للمريض دون أن يؤدي ذلك إلى زيادة المخاطر التي يتعرض لها ؛
- **العنصر الإنساني** : و يتمثل في إدارة التفاعل الاجتماعي و النفسي بين مقدمي الخدمات الصحية و المرضى وفق القيم و القواعد الاجتماعية التي تحكم التفاعل بين الأفراد بشكل عام و في مواقف المرض بشكل خاص ، و تقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى تلبية مقدمي الخدمة الصحية لتوقعات و

---

[1] . فريد كورتل ، مرجع سابق ، ص ص 362 ، 363 .
[2] . حنان يحي الشريف ، مرجع سابق ، ص 41 .

احتياجات المرضى ، و أيضا من ناحية مستلزمات الراحة و المتعة في الإقامة باعتبارها مكملة لجوانب الاجتماعية و النفسية .

كما يمكن قياس جودة الخدمات الصحية من خلال :[1]

- دراسة و تحديد توقعات المرضى المستفيدين من خدات المؤسسات الصحية ؛
- وضع مواصفات محددة و معلنة و مدروسة على كل مستوى من مستويات المؤسسات الصحية و ذلك كأداة رئيسية لتصميم الخدمات التي تتماشى مع توقعات المرضى و المترددين على المستشفى ؛
- تقييم الأداء الفعلي للتعرف على مدى مقابلة الخدمة لتطلعات و توقعات طالبي الخدمة الصحية .

و يمكن قياس الخدمة من الجوانب غير القابلة للقياس ، و ذلك من خلال توجيه قوائم الاستقصاء للعملاء و تكون الأسئلة سهلة و بسيطة و وثيقة الصلة بموضوع الخدمة حيث يمكن تحليلها تحليلا ملائما ، و قد يكون ضمان جودة الخدمة أكثر من ضمان الجودة بالنسبة للسلع و المنتجات الملموسة ، و ذلك راجع لخصائص الخدمة .

II. 3- مفاهيم عامة حول نظام المعلومات

من قبل لم تكن المعلومات أحد الأصول الهامة بالنسبة للمؤسسة حيث كانت غالبية المؤسسات تنظر للمعلومات على أنها إحدى المنتجات الثانوية عالية التكاليف ولكن أختلف الوضع في الوقت الحالي حيث تم اعتبار المعلومات أحد أصول المؤسسة مثل الموارد المالية والموارد البشرية، ونتيجة التطورات التكنولوجية والاقتصادية والعولمة أصبحت أنظمة المعلومات تحتل مكانة واسعة وذات أهمية في جميع المجالات حيث تطورت أنظمة المعلومات بخطى سريعة وتعددت تطبيقاتها في جميع المستويات.

II. 3-1- مفهوم نظام المعلومات

حتى يتسنى لها فهم نظام المعلومات يجب أولا التعرف على كل من مصطلح نظام ومصطلح معلومات.

II. 3-1-1- النظام :

تعدد تعاريف النظام ومن أهمها : يعرف النظام بأنه مجموعة من المكونات التي تربطها يبعضها البعض علاقاتها تفاعلية.

ويرى تسترشمان ووينبرج أن النظام هو تكامل منظم الأجزاء المترابطة وتتأثر هذه الأجزاء بوجودها في النظام وتعتبر في حالة تركها له والنظام يكون لها اهتماما وهدف خاصا.[2]

[1] . دبون عبد القادر ، مرجع سابق ، ص 220 .
Organisation du système de santé , cours de médcine sociale et préventive 6 éme année lausanne2009-2010 p 3

[2] سعيداني سعيد، **نظم المعلومات التسيويقية ودوره في ترشيد قرارات المزيج التسويقي**، مذكرة ماجستير، تخصص تسويق ،جامعة سعد دحلب، البليدة، 2005،ص 59.

كما يعرف النظام على أنه مجموعة العناصر التي تملك إطار واحدا وعلاقة ترابطية متجانسة مع الموارد والعناصر التي تتفاعل مع بعضها البعض داخل إطار معين وتعمل كوحدة واحدة نحو تحقيق هدف أو مجموعة من الأهداف في ظل الظروف أو القيود البيئية المحيطة بها.

ويوجد أيضا من يعرف النظام بأنه مجموعة وحدات أو عناصر مترابطة ومتفاعلة مع بعضها من أجل تكوين منظمة مخرجاتها أكبر من القيم المضافة إليها من قبل الوحدات المشاركة فيما لو عملت بشكل مستقل عن بعضها البعض .

من خلال التعاريف السابقة يمكن استنتاج أن النظام هو عبارة عن:

- ✔ مجموع العناصر يجب أن يحتوي النظام على أكثر من عنصر؛
- ✔ عناصر متكاملة مع بعضها البعض؛
- ✔ غرض مشترك وهدف معين بدلا من تحقيق أهداف منفصلة خاصة بكل عنصر منه.

لذلك يمكن إعطاء تعريف شامل لمصطلح النظام على أنه مجموعة مكونات مرتبطة مع بعضها البعض لتحقيق هدف معين.

يتكون كل نظام من مجموعة عناصر يعتمد عليها وهي كالأتي:[1]

- ➢ المدخلات : تمثل المدخلات الموارد اللازمة للنظام لكي يمكن من القيام بالأنشطة المختلفة واللازمة لتحقيق أهدافه؛
- ➢ العمليات : هو تحويل المدخلات إلى مخرجات وقد يقوم بهذه العمليات آلة أو إنسان ؛
- ➢ المخرجات : تمثل المكونات ناتج عملية تحويل المدخلات وتعد المخرجات هي الأداة التي يمكن من خلالها التحقق من أداء النظام أي قدرته على تحقيق أهدافه؛
- ➢ التغذية العكسية (المرتدة).

II. 3-1- 2- المعلومات : قبل تعريف المعلومات يجب التفريق بينها وبين البيانات

- **البيانات** : هي مجموعة حقائق غير منظمة قد تكون في شكل أرقام أو كلمات أو رموز لا علاقة بين بعضها البعض، أي ليس لها معنى حقيقي ولا تؤثر في سلوك من يستقبلها.
- **المعلومات** : هي بيانات تم تصنيفها وتنظيمها بشكل يسمح باستخدامها والاستفادة منها أي أنها بيانات معالجة.[2]

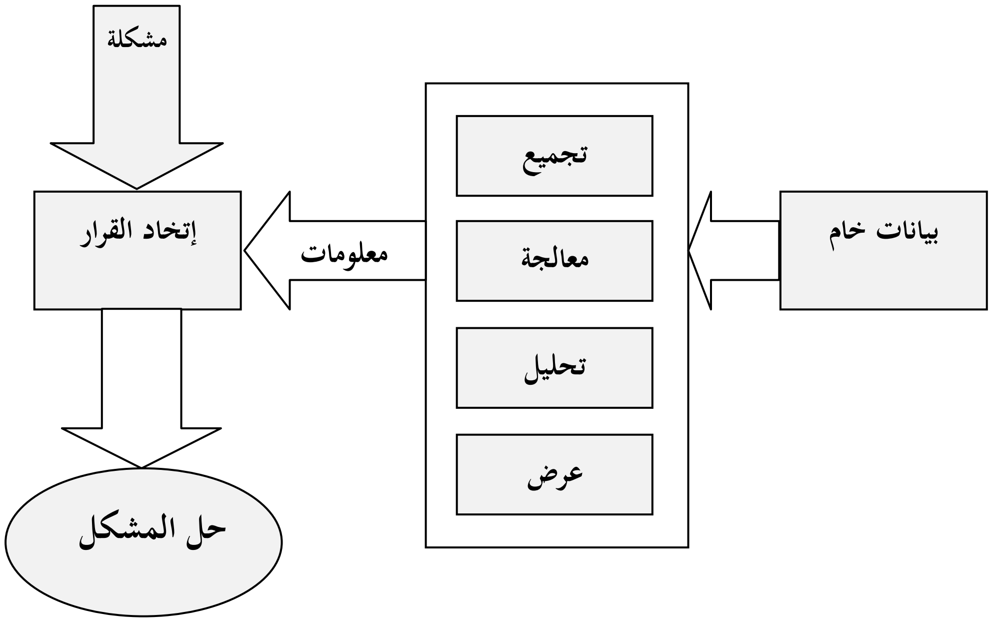
---

[1] أيمن أحمد إبراهيم العمري، **أثر نظم المعلومات الإدارية المحوسبة على أداء العاملين في شركة الاتصالات الفليسطينية**، مذكرة ماجستير، تخصص إدارة أعمال ،الجامعة الاسلامية، غزة، 2009، ص10.

[2] محمد عبد العليم صابر، نظم المعلومات الإدارية، دار الفكر الجامعي، 2007، ص 36.

نلاحظ من تعريف البيانات والمعلومات أنها مفاهيم نسبية فما يعد معلومات لشخص معين قد يعتبره شخص أخر بيانات لا يمكن الاستفادة منها ويستخدم معيار واحد للتمييز بين البيانات والمعلومات يتمثل في تحقيق الغرض من الاستخدام فإذا كانت البيانات تحقق الغرض من استخدامها مباشرة فهي معلومات وإلا فهي بيانات.[1]

الشكل رقم:(2-1) العلاقة بين البيانات والمعلومات



المصدر:من إعداد الطالبة.

ولكي يمكن الاستفادة من المعلومات لابد أن تكون دقيقة و غير ناقصة ، مفهومة و ذات صلة بالموضوع أي أنها ذات دلالة و أن نحصل عليها في الوقت المناسب.[2]

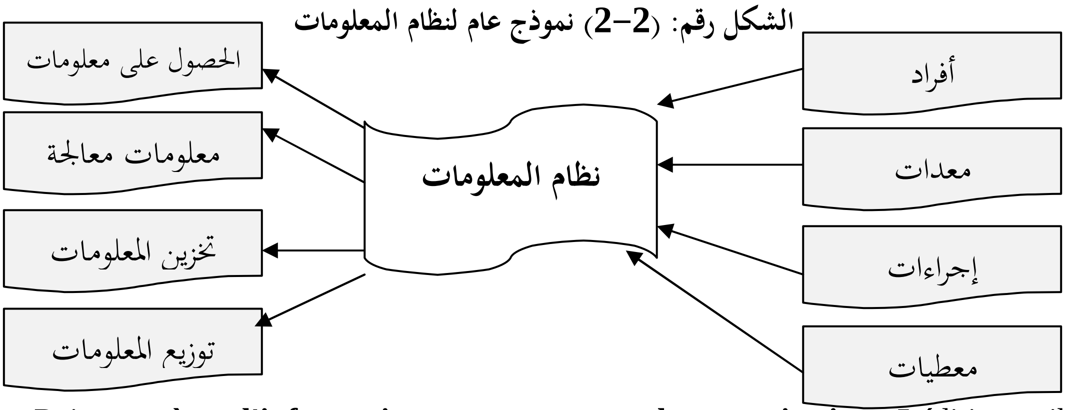
II. 3-1-3 تعريف نظام المعلومات : يمكن تعريف نظام المعلومات على أنه عبارة عن مجموعة من العناصر المتداخلة أو المتفاعلة مع بعضها البعض التي تعمل على جمع مختلف البيانات والمعلومات وتعمل على معالجتها وتخزينها وبثها وتوزيعها على المستفيدين بغرض دعم القرار والرجوع إليها حين الحاجة إليها.[3]

[1] نجم عبد الله الحميدي وآخرون، **نظم المعلومات الإدارية**، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر، 2009 ، ص35.

[2] . Suzanne Rivard , Jean Talbot **, le développement de système d'information** , 3 ème édition , HEG , p 45[2]

[3] عامر إبراهيم قنديلجي، علاء الدين عبد القادر ، **نظم المعلومات الإدارية**، الطبعة الثالثة، دار الميسرة للنشر والتوزيع، 2008،ص27.

الشكل رقم: (2-2) نموذج عام لنظام المعلومات



Robert Reix , **système d'information et management des organisation** , 5 édition vuibert, p 04

كما يمكن تعريفه على أنه مجموع الموارد ، المعدات البرامج ، الأفراد ، المعطيات و الإجراءات التي تسمح بالحصول على المعلومات المناسبة من خلال تخزين المعطيات و معالجتها لأجل اتخاذ القرار المناسب في الوقت المناسب .[1]

II. – 3-2- خصائص نظام المعلومات : يتميز نظام المعلومات بالخصائص التالية :[2]

- جميع الأنظمة تعمل من خلال بيئة معينة؛
- يتكون من عناصر، مكونات أو نظم فرعية تشكل وحدات البناء الأساسي للنظام؛
- هناك خاصية التداخل بين الأجزاء الفرعية ونعني أنه لا يمكن إحداث تغيير في أحد مكونات النظام دون أن يؤثر ذلك على بقية أجزاء النظام؛
- لكل النظم وظيفة رئيسية أو هدف رئيسي بموجبه يتم تقييم أداء المؤسسة؛
- استخدام النظم في حالة تغير دائم بسبب حالة التطور القائمة بالمؤسسة .

II. – 3-3-.الأنشطة الأساسية لنظم المعلومات

سبق الإشارة إلى أن الهدف الأساسي لنظم المعلومات هو إنتاج وتجميع وتوصيل المعلومات المفيدة لمتخذي القرارات وأن المدخلات الأساسية لها هي البيانات, لذلك لابد أن تبدأ وظائف نظم المعلومات بتجميع البيانات وتنتهي بإنتاج وتوصيل المعلومات.

تتم عملية تحويل البيانات إلى معلومات من خلال سلسلة من الخطوات يطلق عليها دورة تشغيل البيانات، والوظائف الأساسية لنظم المعلومات هي كالآتي:[3]

- ✓ **تجميع البيانات** : تبدأ وظيفة تجميع البيانات في نظم المعلومات بتحديد البيانات التي تعتبر المدخلات الأساسية للنظام، ثم تجميع هذه البيانات من مصادرها المختلفة و إدخالها إلى النظام؛
- ✓ **التسجيل والحصر** : يتمثل في تسجيل البيانات و حصرها حتى يمكن أن تستخدم في عملية التشغيل؛

---

[1] Pascal Vidal , Vincent Petit , **Systém d'information organisationnele** , 2 éme édition , pearson 2009 , p 05

[2] إنعام علي توفيق الشريلي، **تقويم نظام المعلومات باستخدام بحوث العمليات**، الطبعة الأولى، الوراق للنشر والتوزيع، 2009، ص 56

[3] النعاس صديقي, **أهمية نظم المعلومات في تدعيم الميزة التنافسية**، مذكرة ماجستير، تخصص تسويق ، جامعة سعد دحلب، البليدة، 2005، ص 93،92.

- ✓ **الترميز والتصنيف** : يتم إعداد البيانات في شكل أكثر ملائمة حيث يتم استخدام نظام ترميز معين يمكن من معرفة هذه البيانات ، ثم يتم تصنيف البيانات حيث توضع في صورة فئات أو مجموعات وفقا لخصائص مشتركة بين بيانات كل فئة أو مجموعة باستخدام نظام ترميز ؛
- ✓ **التدقيق**: وتتضمن عملية فحص البيانات للتأكد من اكتمالها وصحتها وذلك للتأكد من أن عملية حصر وتسجيل البيانات قد تمت بطريقة صحيحة ودقيقة؛
- ✓ **معالجة البيانات**: يتم معالجة البيانات من خلال مجموعة معينة من العمليات الأساسية لتحويلها إلى معلومات ذات معنى مفيد لمتخذي القرارات, ولا تختلف العمليات الأساسية لتشغيل البيانات (في عملية التصنيف) باختلاف نظام المعلومات سواء كان يدويا أو آليا, وتتمثل العمليات الأساسية لتشغيل البيانات في عملية التصنيف والترتيب والعمليات الحسابية والمنطقية والمقارنة والتلخيص والتقرير, وما يجب ملاحظته أنه لا يشترط بالضرورة أن يتم القيام بهذه العمليات وفقا لتتابع معين أو أن يشمل كل تشغيل للبيانات نفس المجموعة من العمليات؛
- ✓ **إدارة البيانات** : في معظم الحالات لا يتم تشغيل البيانات الخام فور تجميعها والحصول عليها بل يتم حفظها وصيانتها حتى تكون متاحة وقت الحاجة إليها لأغراض التشغيل لذلك يقصد بوظيفة إدارة البيانات الأنشطة الخاصة بتنظيم وإدارة عمليات تخزين واسترجاع وتحديث البيانات.

و لنجاح تطبيق نظام المعلومات يجب تحديد رؤيتين :[1]

- رؤية ثابتة : تتمثل في معرفة الثنائية المفهوم/ الهدف؛
- رؤية ديناميكية : تتمثل في كيفية تطوير النظام .

II. 3 –4–تصنيفات نظام المعلومات : في الواقع هناك العديد من المعايير والأسس التي يمكن الاستعانة بها لتصنيف أو تقسيم نظام المعلومات في المنظمة نذكر منها:[2]

II. 3–4–1– التصنيف حسب درجة الآلية : وهي تدرج أنظمة المعلومات ما بين اليدوية ،الآلية ، المختلطة.

II. 3–4–2- التصنيف حسب درجة رسمية المعلومة : وتقسم في ضوء هذا المعيار أنظمة المعلومات إلى رسمية وهي التي تم تصميمها لمقابلة احتياجات المؤسسة من المعلومات، أما أنظمة المعلومات غير الرسمية فإنها تزود المنظمة بمعلومات قد لا تحصل عليها من نظام المعلومات الرسمية وتعتمد أنظمة المعلومات غير الرسمية على الاتصالات غير الرسمية بين الأفراد.

II. – 3–4–3-التصنيف وفق لمستوى اتخاذ القرار :

[1] Patrick Hubert , **systèmes d'information de gestion** ,édition n'existe pas, 2009 p 24

[2] دميش محمد، **دور نظام المعلومات التسويقية في تسيير وحدات الأعمال الإستراتيجية**، مذكرة ماجستير،تخصص تسويق ، جامعة سعد دحلب البليدة،2005،ص100.

- **نظم تشغيل البيانات** : هي من أوائل النظم التي استخدمت في المؤسسات، مبنية على الحاسب الآلي وتسمى أيضا نظام المعالجة الإلكترونية وهي تستخدم في المستوى التشغيلي يقوم هذا النظام بجمع وتسجيل ومعالجة البيانات التي تصف المجالات الوظيفية المختلفة (الإنتاج، التسويق، التمويل، الموارد البشرية) فور حدوثها، ثم يقوم ببث هذه المعلومات في شكل تقارير روتينية لمستخدمي هذه المعلومات سواء داخل المؤسسة أو خارجها.[1]
- **نظم آلية المكاتب** : أو ما يعرف بنظم تجهيز المكاتب آليا, تعد تلك النظم نوعا خاصا من نظم تشغيل البيانات والتي يمكن استخدامها في نطاق أعمال وأنشطة المكاتب وتجهيز المكاتب آليا يشمل كل أنواع نظم الاتصالات الرسمية وغير الرسمية المتعلقة بتوصيل المعلومات المكتوبة و غير المكتوبة من شخص لآخر سواءا داخل المؤسسة أو خارجها ومن أمثلة الأجهزة المستخدمة في تجهيز المكاتب: معالج الكلمات، البريد الالكتروني، البريد الصوتي، شبكات الحاسب الشخصي. [2]

و تقوم نظم آلية المكاتب بأنشطة رئيسية هي كالآتي:[3]

- التنسيق بين المهنيين العاملين في مجال البيانات و إدارتهم؛
- وصل ربط المؤسسة بالبيئة الخارجية؛
- التنسيق بين الأنشطة خلال المستويات التنظيمية ومجالات الوظائف (تسويق، إنتاج، تمويل، محاسبة، إدارة الموارد البشرية).

- **نظم المعلومات الإدارية** : إن تزايد حجم المنظمات والمعلومات جعل نظم معالجة البيانات أصبحت غير قادرة على توفير احتياجات متخذي القرار من المعلومات لذا اتجهت المؤسسات إلى تطبيق نظم المعلومات الإدارية المعتمدة على الحاسبات الآلية كوسيلة لتشغيل البيانات إذ تعمل هذه النظم على وصف الأنشطة العامة للمؤسسة. كما تصف الأنشطة التي تمارس في إحدى المجالات الوظيفية (تسويق، إنتاج، تمويل، موارد بشرية) بشأن ما حدث في الماضي، ما يحدث الآن، وما هو متوقع حدوثه في المستقبل، توفر نظم المعلومات هذه في شكل تقارير دورية أو تقارير خاصة ومخرجات في شكل نماذج رياضية يستخدمها المديرون في اتخاذ القرارات وحل المشكلات.

و تنقسم نظم المعلومات الإدارية إلى:[1]

---

[1] مقطيف إبراهيم، **نظم المعلومات الإستراتيجية ودورها في تحقيق الميزة التنافسية**، مذكرة ماجستير، تخصص علوم التسيير ،جامعة الجزائر، 2008،ص61.

[2] أحمد فوزي ملوخية، **نظم المعلومات الإدارية**، دار الفكر الجامعي، 2007، ص12.

[3] مقطيف إبراهيم، المرجع السابق،ص63.

- **نظم المعلومات الإنتاجية** : تتمثل وظيفة الإنتاج في تحويل المدخلات من المواد الخام والأجزاء إلى منتجات ذات قيمة للمستهلكين, وتتضمن هذه الوظيفة مجموعة متنوعة من الأنشطة كالتصميم الفني للمنتوج، الإمداد والتموين وغيرها, ويتمثل دور نظام المعلومات الإنتاجية في توفير المعلومات الخاصة بالعمليات الإنتاجية بهدف مساعدة متخذ القرار في هذا المجال.

ويتكون نظام المعلومات الإنتاجية من مجموعة أنظمة فرعية تتمثل في النظام الفرعي للمعلومات الإمداد النظام الفرعي لمعلومات العملية الإنتاجية، النظام الفرعي لمعلومات الهندسة الصناعية النظام الفرعي لمعلومات مراقبة الجودة .

- **نظام المعلومات المالية** : لكي يستطيع المدير المالي أداء مهامه بنجاح لابد من أن يتوفر لديه نظام معلومات يدعمه عند اتخاذ القرارات المختلفة في إطار صلاحياته، ذلك أن النظام يزود المدير بتقارير سواء كانت دورية أو خاصة والتي تمكنه من مجابهة مسؤوليات المالية ويشير نظام المعلومات المالية إلى نظام المعلومات الفرعي الذي يوفر المعلومات المتعلقة بالنواحي المالية للمؤسسة ولإغراض اتخاذ القرار .

ويضم نظام المعلومات المالية أنظمة فرعية تتمثل في النظام الفرعي للتنبؤ والتخطيط المالي، النظام الفرعي لإدارة الموارد المالية، النظام الفرعي للمحاسبة.

- **نظام المعلومات البشرية** : يعد العنصر البشري حجر الزاوية لنجاح أي مؤسسة في تحقيق أهدافها مهما كانت درجة اعتماد المؤسسة على الآلية في أداء نشاطها، ويقصد بنظام معلومات الموارد البشرية ذلك النظام الذي يتولى تزويد متخذ القرار بالمعلومات اللازمة لإدارة المورد البشري على أحسن وجه ممكن وتتضمن وظيفة الموارد البشرية العديد من الأنشطة التي تدعم المجالات الوظيفية الأخرى بالمؤسسة كالمساعدة في التخطيط اليد العاملة، جذب الأفراد المؤهلين للعمل للمؤسسة حفظ الملفات والسجلات الخاصة بالعاملين الحاليين والسابقين، تصميم هيكل الأجور وغيرها من الأنشطة الأخرى.
- **نظام المعلومات التسويقية** : عرف كوتلر نظام المعلومات التسويقية بأنه هيكل مستمر ومتفاعل من الأفراد والإجراءات لتجميع وتخزين وتحليل وتقييم وتوزيع المعلومات دقيقة وذات توقيت مناسب يستخدمها متخذو القرارات التسويقية في تحسين عمليات التخطيط والتنفيذ والرقابة التسويقية.[2]
- **نظم دعم القرار** : تركز معظم نظم دعم القرار منذ بداية نشأتها بصورة أساسية على تقديم نظام مرن قادر على التعامل باستخدام العديد من البرامج الجاهزة والتكنولوجيا المعلومات والمناهج الإحصائية بغرض تقديم المساعدة لمتخذي القرار دون الحاجة إلى وسطاء وظيفيون قادرين على التعامل مع معلومات بغرض استفادة متخذي القرار فأول التعريفات التي تم تقديمها لنظم دعم القرار كان يركز بصورة أساسية

[1] دميش محمد، مرجع سابق، ص 101-103.

[2] ساحل فاتح، **دراسة التكاليف المعيارية ضمن نظام المعلومات المحاسبية**، مذكرة ماجستير، تخصص تسويق ،جامعة الجزائر، 2004،ص21

على وصف النظام في أن النظام يتعامل مع المشكلات غير الهيكلية أو شبه الهيكلية وأنه موجه نحو التخطيط الاستراتيجي طويل الأجل ويمكن استخدامه على فترات غير منتظمة، وأخيرا اتجهت التعريفات التي تناولت نظم دعم القرار من أنها تحتوي على ثلاث مكونات رئيسية تتفاعل معا بغرض توفير سهولة الاستخدام بواسطة المستفيدين وهي نظام اللغة، نظام المعرفة، نظام معالجة المشكل.

- **النظم الخبيرة والذكاء الصناعي** : يشير الذكاء الصناعي إلى محاولة فهم طبيعة الذكاء الإنساني للقيام بعمل برامج الحاسب تحاكي السلوك الإنساني المتسم بالذكاء والمهارة ويمكن التمييز بين أربعة مجالات رئيسية لعلم الذكاء الصناعي في المؤسسات على النحو التالي:[1]

✓ تكنولوجيا الإنسان الآلي : وتقوم تلك التكنولوجيا بصورة أساسية تعتمد على تصميم الآلة لتقوم بأداء بعض الأعمال اليدوية أو الميكانيكية بصورة مخطط لها مسبقا، ويستخدم ذلك النوع بصفة خاصة في المجال الصناعي حيث يسند له الأعمال التي يقوم بها الإنسان.

✓ معالجة اللغات الطبيعة : وهي تلك النظم المصممة لإدخال اللغات البشرية كمدخلات تقوم بترجمتها إلى جمل محددة ليقوم الحاسب الآلي بتطبيقها مثل عند ما يعطى أمر لآلة بالبحث عن كل أسماء العملاء في منطقة معينة وإخراج لنا نتائج في شكل معين يوضح ذلك.

- **نماذج المحاكاة** : هي تلك النماذج التي تقوم بحصر المعرفة في مجال معين عن طريق مجموعة من الخبراء ثم برمجتها في شكل برامج عمل محددة ليقوم بعد ذلك الأفراد العاديون باستخدامها لاختصار الوقت والتكلفة .
- **النظم الخبيرة** : ويمكن تعريف النظام الخبير على أنه برنامج ذكي للحاسب الآلي يقوم على إستخدام المعرفة وخطوات الاستغلال لتقديم حل للمشكلات التي تحتاج في حلها إلى استشارة الخبراء.
- **دعم الإدارة العليا:** يمكن تعريفها على أنها نظام معلومات مبني على استخدام الحاسب الآلي يوفر للمديرين الوصول السهل والسريع للمعلومات الداخلية والخارجية التي يحتاجونها لأداء أنشطتهم الإدارية فهي نظم تركز على خدمة المستوى الاستراتيجي من المعلومات، ولذلك فهي تهتم بالجوانب الإستراتيجية والاتجاهات طويلة المدى فهي تعتمد على نظم تشغيل البيانات ونظم المعلومات الإدارية كمصدر للمعلومات الداخلية بالإضافة إلى اعتمادها على نظم المعلومات الخارجية.[2]

II. 3 –5– نظام المعلومات في المؤسسة الخدمية الصحية

[1] محمد أحمد حسان، المرجع السابق، ص 232-236.

[2] مقطيف إبراهيم ، المرجع السابق، ص 75.

يتطلع المرضى والأطباء والعملاء إلى الحصول على خدمات مميزة من المستشفيات التي يتعاملون معها، مما يتطلب تطوير وتحسين مستمر من هذه المستشفيات لإجراءات العمل فيها، حيث أصبح من الضروري إضافة المزيد من الخدمات الالكترونية التي من شأنها توفير خدمات للمرضى وإدارة المستشفى والارتقاء بالخدمات المقدمة فيه.

II. 3-5-1-تعريف المعلومات الصحية والمعلوماتية الصحية

تعرف على أنها مجموعة بيانات تم معالجتها للحصول على معلومات تعبر عن الحالة الصحية و تساعد في اتخاذ القرار .[1]

إن مصطلح المعلومات الصحية يشمل المعلومات التي تهم المريض وكذا العاملين في المجال الصحي وتشمل أيضا المعلومات الخاصة بالمحافظة على المعافاة والوقاية من الأمراض ومعالجتها واتخاذ القرارات الأخرى المتصلة بالصحة والرعاية الصحية وهي تشمل كذلك المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات حول المنتجات الصحية والخدمات الصحية وهي قد تكون في شكل نصوص مكتوبة أو مسموعة.[2]

أما مصطلح المعلوماتية الصحية فيعتبر امتدادا لنمو المعلومات الصحية و الذي يركز على الجوانب الإكلينيكية وتطبيقات التكنولوجيا في توصيل العناية الصحية ويغطي هذا المصطلح مجالات متنوعة منها معالجة الإشارات الفيزيولوجية ، الأشعة والتصوير المقطعي والموجات فوق الصوتية و التصوير الفوتوغرافي.

II. 3-5-2-مفهوم نظام المعلومات الصحي

نظام المعلومات هو مجموعة من الأنظمة الحاسوبية التي تستخدم لتوفير المعلومات الطبية الخاصة بالمرضى وبالمستشفيات بفضل مجموعة من الوظائف تمكن من إدخال المعلومات وصيانتها واستعراضها، وإصدار إحصاءات و تقارير تساعد على اتخاذ القرارات الطبية العلاجية والإدارية.[3]

وعرّفت منظمة الصحة العالمية نظام المعلومات الصحية بأنه هو العلم الذي يقوم على اكتساب وحفظ واسترجاع وتطبيق المعارف والمعلومات الطبية بغية تحسين رعاية المرضى والتثقيف والبحث والإدارة.

وقد تم تعريفه بأنه عبارة عن نظم معلومات تتكون من أجهزة وحواسيب و برمجيات و إجراءات وعمليات صممت على وجه التحديد لتجميع ومعالجة و تخزين وإدارة المعلومات المرتبطة بمجال تقديم الرعاية الصحية وذلك بهدف دعم القرارات الطبية الإدارية.

[1]Manuel de formation sur le système d'information sanitaire du Burkina faso , 1 ère édition , ministère de santé direction général de l'information et des statistiques sanitaire 2009

[2]www.hmc.org.qa/hmc/health/39th/7.htm تاريخ الاطلاع: 26أفريل2011

[3]. عماد عرابي ، **إدارة المشافي و نظم المعلومات الصحية** http://infomag.news.sy/index.php?inc=issues/showarticle&issuenb=21&id=319 تاريخ الإطلاع 11نوفمبر 2011

وعرفه wager بأنه نظام متكامل يحتوي على نظم فرعية تتكون من المعلومات والعمليات والأشخاص.وهذه النظم تتفاعل مع بعضها البعض لدعم مؤسسات الرعاية الصحية.[1]

من خلال ما سبق يمكن إعطاء تعريف شامل لنظام المعلومات الصحية على أنه عبارة عن مجموعة من العناصر والإجراءات والوسائل التي تقوم بتسجيل ، معالجة ، حفظ ، استرجاع وتوزيع المعلومات من أجل دعم مؤسسات الرعاية الصحية .

II. 3-5-3-أهداف نظام المعلومات الصحية

يسعى نظام المعلومات الصحية إلى تحقيق الأهداف التالية :[2]

- تحديد مقاييس أساسية لموارد واستخدامات جميع المستشفيات والنتائج النهائية لأنشطتها بالاعتماد على تحليل أو تشغيل البيانات الصادرة منها ، مع تحديد أو توحيد الحصول على تلك البيانات تسهيلا لتحليلها أو تشغيلها بهدف الحصول على مؤشرات أو مقاييس ذات مضامين موحدة لجميع المستشفيات؛
- توفير مخزون المعلومات عند الطلب على الخدمات الصحية جغرافيا واجتماعيا؛
- بيانات عن معدلات الأداء لكل مهنة من العاملين بالمستشفيات المنافسة والمكملة، مثال ذلك تخزين بيانات عن مستشفيات الولادة يساعد في تخطيط الخدمة الصحية لمستشفيات الأطفال؛
- استخدام الحاسبات الالكترونية في تحليل البيانات وتشغيلها لاستخراج المؤشرات والتنبؤ بالنتائج؛
- توفير البيانات والمعلومات عن الأنشطة المتخصصة والاختصاصات النادرة ومدى توفرها في بعض أو كل المستشفيات.

II. 3-5-4-نظام معلومات المستشفى

إن المستشفيات كغيرها من المؤسسات تحتاج في تسييرها إلى معلومات تتبادل بين مختلف الأطراف العاملة في المستشفى، إذ يعتبر نظام معلومات المستشفيات أحد أهم البرمجيات المتطورة التي تخدم بشكل مباشر كل أنشطة الرعاية الصحية و الإدارية بما يضمن للمؤسسات الاستشفائية السيطرة الكاملة على أنشطتها و مواردها.

II. 3-5-4-1-تعريف نظام معلومات المستشفى

[1] . مصباح عبد الهادي حسن الدويك ، **نظم المعلومات الصحية المحوسبة و أثرها على القرارات الإدارية و الطبية** ، مذكرة ماجستير ، تخصص إدارة أعمال ،الجامعة الإسلامية غزة 2010 ، ص 53

[2] . عدمان مريزق ، قاسم كريم ، المرجع السابق ، ص 5

يمكن تعريفه بأنه مجموعة عناصر تتفاعل مع بعضها لتحقيق هدف معين من خلال جمع، معالجة وتوفير المعلومات الضرورية المتعلقة بالجوانب الصحية و الإدارية في المستشفى.[1]

II. 3-5-4-2-النظم الفرعية لنظام معلومات المستشفى

كما تم توضيحه في التعريف فإن نظام معلومات المستشفى يتكون من أنظمة معلومات إدارية مثل نظام المعلومات المالية و نظام المعلومات البشرية التي تم التطرق إليها سابقا، و نظم معلومات تخص الجانب الطبي مثل نظام معلومات المخبر ، نظام معلومات الأشعة ، نظام معلومات الصيدلة، السجلات الطبية و نظام إصدار الأوامر الطبية إلكترونيا .

نظام معلومات المخبر:

في الوقت الحاضر هذه النظم تمثل حجر الزاوية للسجلات الصحية الالكترونية، إذ يعتمد الطبيب كثيرا على نتائج التحاليل المخبرية لاتخاذ قرارات حاسمة تساعد في التوصل إلى تشخيص المرض، ومن ثم تحديد الدواء والعلاج المناسبين . فابتداءا من تسجيل طلبات التحاليل للمرضى، مرورا بتنظيم هذه الطلبات ضمن جداول إلكترونية، إلى توزيع التحاليل على أجهزة التحليل المناسبة، وانتظار صدور النتائج سواءا كان تحصيلها آليا بحيث يقدمها الجهاز نفسه أو يدويا يجري إدخاله من قبل الطبيب وانتهاءا بإعطاء المريض نتائج التحليل.

إن تحقيق ذلك يتطلب وجود دراسة لتقنيات الربط المستخدمة في الأجهزة الطبية في المخبر لوضع برمجيات التحصيل المناسبة.[2]

فوائد نظام المعلومات المختبر: تختلف الفوائد المرجوة من نظام معلومات المختبر باختلاف مستوى النظام ومكان تطبيقه. وإن كان هذا النظام محوسب أو يتم بطريقة تقليدية وستقوم الباحثة في هذا البحث بالتركيز على الفوائد المرجوة من نظام معلومات مختبر محسوب. هذه الفوائد يمكن ذكرها في النقاط التالية :[3]

- إمكانية تقديم بعض المعلومات : يسهل نظام معلومات المختبر الحصول على إجابات للاستفسارات المطروحة عن تكلفة إجراء تحليل ما، وشروط أخذ العينة ، وإمكانية إجراء أحد التحاليل في المختبر؛
- توليد أوراق عمل : يقوم هذا النظام بطباعة أوراق عمل تحوي أسماء المرضى وأسماء التحاليل المطلوبة لهم مصنفة بحسب الاختصاصات المتوفرة في المخبر، وهذا عمل بحاجة إلى وقت طويل إذا ما تم القيام به يدويا بسبب ضخامة العدد اليومي للطلبات؛

---

[1] Patrice Degoulet **, systèmes d'information hospitaliers** dans le site : www.spim.jussieu.fr/doc/clb/P2/2004-05_P2_SIH.pdf date de visite: 01/08/2011.

[2] . عماد عرابي ، مرجع سابق.

[3] . مصباح عبد الهادي حسن الدويك ، المرجع السابق ، ص ص 62.61

- موثوقية عالية من العينات المستخدمة في التحليل : بسبب الكم الكبير من العينات المتداولة في المخابر قد يخطأ العاملون في تحديد عائدية بعض العينات فتكون النتيجة هي إجراء تحاليل لمريض باستخدام دم أو عينة مريض آخر، يكمن الحل في تسجيل اسم العينة وتاريخها واسم المريض على هذه العينة قبل أخذها من المريض منعا لارتكاب هذا الخطأ، وهذا ما يحققه نظام معلومات المختبر بطباعة لاصقات تحتوي على المعلومات المذكورة على الأقل مثل الرمز الرقمي يستخدم لتحديد هوية هذه العينة عند إجراء التحليل على أجهزة التحليل ضمن المخبر ؛
- تحصيل نتائج التحليل من أجهزة التحليل : في النظام غير المؤتمت تطبع النتائج عن طريق أجهزة التحليل نفسها الموصولة بطابعة،ثم تجمع نتائج المريض بعضها إلى البعض و تسلم إليه دون احترام أسلوب مشترك لطباعة النتائج،وفي أحسن الأحوال تعاد طباعة النتائج عن طريق آلة كاتبة أو حاسوب باستخدام نظام تحرير مناسب،أما في النظام المؤتمت فيجري تحصيل النتائج وفق بروتوكولات خاصة من أجهزة التحليل و تجمع آليا لتطبع بأسلوب موحد ، فضلا عن الدقة في نقل المعلومات والسرعة الكبيرة في هذه العملية ، و التي لها التأثير الكبير في تسريع العمل في المخبر و تحسينه ؛
- مراقبة نتائج التحاليل الصادرة عن المخبر : يضمن نظام المعلومات مرور النتائج المخبرية على المراقبة لضمان صحة هذه النتائج علميا ؛
- إمكانية واسعة لإجراء دراسة لتطور حالة المريض:لا يقف عمل المخبر عند إصدار نتائج تحليل المرضى بل يتعداه ليصبح بالإمكان تزويد الطبيب المشرف على المريض بجدول،قد يكون مدعوما بالمخططات يبين تطور نتيجة تحليل ما أو عدة نتائج للمريض خلال مدة زمنية ما، و بالطبع هذا يعطي فكرة عن استجابة المريض للعلاج المتبع ، مما يعود بالفائدة الكبيرة على تحديد العلاج المناسب لهذا المريض ؛
- إمكانية واسعة لدراسات طبية إحصائية : إن تراكم كميات هائلة من نتائج التحليل لمرضى قادمين من أماكن مختلفة و بشرائح عمرية واسعة يمكن أن يساعد الدارسين و الباحثين باستخدام هذه النتائج لدراسات إحصائية ، قد تدل على انتشار بعض الأمراض خلال مدة زمنية ما في بعض المناطق، أو انتشار الأمراض بين أحد الجنسين دون الآخر ، أو بين أعمار محددة .

➢ **نظام معلومات الأشعة :**

يمكن تعريفه بأنه عبارة عن أنظمة حاسوبية متكاملة تستخدم من قبل قسم الأشعة ، و يقوم هذا النظام بتخزين الصور الطبية المختلفة و معالجتها و توزيعها و عرضها على مزودي الخدمة الصحية دوي الاختصاص

بشكل رقمي ، و يرتبط هذا النظام بالأجهزة الطبية الموجودة من جهة و يتكامل مع الأنظمة الأخرى بالمستشفى من جهة أخرى .[1]

آلية عمل نظام معلومات الأشعة :

عند مكتب الاستقبال الخاص بالأشعة أو مكتب المواعيد يجري تسليم طلب الأشعة إلكترونيا مباشرة من الطبيب المعالج عن طريق نظام معلومات المستشفى ، و يحدد موعد للمريض و إبلاغه بالتحضيرات اللازمة ، و قبل أخذ صورة أشعة من أي مصدر تجلب المعلومات الأساسية الخاصة بالمريض من نظام معلومات الأشعة الذي بدوره يأخذ معلومات من نظام معلومات المستشفى ، و تعرف هذه المعلومات بالمعلومات الديمغرافية للمريض ، و بعد الفحص يجري إدخال اسم الطبيب المسؤول عن قراءة الصور ، إضافة إلى إدخال بعض المعلومات يدويا كاستخدام المواد و كميتها و نوعيتها ، عند اكتمال إدخال معلومات الفحص يرسل الملف الذي يحتوي على الصور الإشعاعية و المعلومات المصاحبة إلى وحدة الأرشيف ، و من ثم يمكن لأي نقطة موصولة بالشبكة الحصول على الصور فور إعطاء أمر الاستدعاء .[2]

- **نظام معلومات الصيدلة :**

يمكن تعريف نظام معلومات الصيدلة على أنه نظام معلومات مكون من مجموعة من النظم الحاسوبية المعقدة و هذه النظم تعمل على تحسين فعالية هذه الأقسام و سلامة المرضى و تخفيض التكاليف و التفاعل الكامل مع نظام معلومات المستشفى و لنظام معلومات الصيدلة فوائد عديدة نذكر منها ما يلي :[3]

- إمكانية معرفة رصيد الأدوية و المقدار المنصرف منه و جهته في أي قسم من الأقسام؛
- إمكانية الصرف و البيع عن طريق اسم الدواء أو الرمز الرقمي مع مراعاة تاريخ الصلاحية؛
- يساعد على تحسين الرعاية الصحية للمريض عن طريق إصداره تنبيهات إذا قام الطبيب بطلب أدوية يحصل بينها تفاعلات كيميائية سلبية ، أو إذا كان المريض يعاني من حساسية عند استخدام دواء محدد؛
- سهولة الجرد على الأدوية للصيدلي المسؤول عن جرد الأدوية؛
- سهولة إصدار بعض الإحصائيات و التقارير الهامة للجهات المعنية مثل ارتفاع استهلاك دواء معين.

- **نظم إدخال الأوامر الطبية إلكترونيا :**

[1] . عماد عرابي ، المرجع السابق

[2] htpp://infomag .news.sy/index.php ?inc=issues/showarticle&issuend=28&id=572 تاريخ الإطلاع 05 سبتمبر 2011

[3] . مصباح عبد الهادي حسن الدويك ، مرجع سابق ، ص 66

يمكن تعريفه بأنه عبارة عن نظام آلي محوسب متكامل يتيح للأطباء إرسال وصفاتهم الدوائية ، التحليلية و الأشعة إلى الأقسام ذات الصلة كالصيدلة ، المخبر و الأشعة ، و هذا النظام يشمل كل الأوامر التي يقوم الطبيب بتسجيلها في السجل الطبي للمريض مثل : طبيعة الغذاء للمريض ، الأدوية ، المحاليل و الجرعات ، مواعيد التحاليل و الفحوصات الطبية ، و أي إجراءات طبية مطلوبة ، مع السماح بالإضافة و التعديل لهذه الأوامر مثل إيقاف بعض الأوامر و الأدوية ، ترسل الأوامر تلقائيا إلى الجهة المختصة مثل المخبر ، قسم الأشعة و الأقسام الداخلية الأخرى .[1]

السجل الصحي :

تعد السجلات الطبية أو ما نسميه بملف المريض أحد النقاط المحورية التي تعتمد عليها عملية تقديم الرعاية الصحية داخل المستشفيات وبين مختلف المؤسسات الطبية ، وتنبع أهمية السجلات من أهمية دورها في حفظ كافة معلومات المريض من بيانات رئيسية وطبية شاملة لكل ما تم إجراءه من فحوصات وتشخيصات وعلاج وتقارير متابعة.

ولعقود طويلة من الزمن ظلت طبيعة السجلات الطبية ثابتة في شكل ملف أو مجموعة من الأوراق التي كتبت عليها المعلومات بخط اليد. حتى حدثت خلال الأعوام الماضية القليلة تطورات هائلة في علوم تكنولوجيا المعلومات قادت تلك التطورات العلماء والمتخصصين في مجال الرعاية الصحية وتكنولوجيا المعلومات معا إلى تصميم واختراع سجلات طبية الكترونية تعتمد على الحاسوب بكل إمكانياته المتطورة من تخزين معلومات ومعالجة ونقل بيانات عن طريق ما نعرفه اليوم من شبكات ووسائل اتصال حديثة.[2]

ولقد عرفت الجمعية الأمريكية لمعلومات ونظم إدارة الرعاية الصحية السجل الصحي بأنه سجل طبي بالصيغة الرقمية، ويحتوي السجل الالكتروني على جميع المعلومات الشخصية والإدارية للمريض ومعلومات التشخيص والسوابق المرضية والإجراءات العلاجية المتخذة والموافقات على هذه الإجراءات وبيانات المختبر والأشعة.

وعرّفه الاتحاد الأمريكي لإدارة المعلومات الصحية بأنه عبارة عن مستودع معلومات يشمل على جميع المعلومات الخاصة بالمرضى يعتمد على الكمبيوتر بكل إمكانياته المتطورة من تخزين معلومات ،معالجة ونقل البيانات عن طريق شبكات المعلومات ووسائل الاتصال الحديثة.

---

[1] . مصباح عبد الهادي حسن الدويك ،المرجع السابق ، ص 67

[2] . http://ar.wikipedia.org/wiki/%D8%B3%D8%AC%D9%84_%D8%B5%D8%AD%D9%8A_%D8%A5%D9%84%D9%83%D8%AA%D8%B1%D9%88%D9%86%D9%8A تاريخ الإطلاع 2011/04/29

ولا تختلف السجلات الطبية الالكترونية كثيرا عن السجلات الورقية التقليدية في وظيفتها والهدف منها ولكنها تختلف كليا في طبيعتها وخواصها وإمكانيات استخدامها وفوائدها. فهي تمثل نقطة مركزية تصب فيها وتنشق عنها قنوات عديدة من المعلومات المرتبطة بتقديم الرعاية الصحية للمريض، كما أنها تمتاز بدقة محتواها وسهولة الوصول إليها من خلال تكاملها مع مصادر المعلومات المختلفة من خلال نظم شبكة الانترنت الدولية التي وفرت الاتصال بين المستخدمين من الأطباء والمرضى من أقطار العالم المختلفة تفصلهم آلاف الأميال وتجمعهم شبكة معلومات واحدة.

مزايا السجل الصحي الالكتروني : أهم مزايا السجل الصحي الالكتروني تكمن في النقاط التالية:[1]

- التخلص من الورق الذي أصبح يهدد المنظمات الصحية بسبب السلبيات المتعددة مثل بطء الحركة وصعوبة استرجاع معلوماته؛
- تحتوي السجلات الصحية الالكترونية على العديد من المعلومات التي تساهم في تطوير البحث العلمي، كما تقوم بتزويد التقارير و الإحصائيات الطبية والإدارية التي تخدم أنشطة المستشفى؛
- يوفر إمكانية ربط المستشفيات مع بعضها البعض؛
- يساعد على تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمريض عن طريق توفير المعلومات اللازمة في الوقت المناسب؛
- رفع كفاءة الخدمات الصحية وتوفير التكاليف عن طريق السرعة في تبادل المعلومات وتوفير العمالة والجهد المبذول من طرف الموظفين؛
- يعتبر السجل الصحي الالكتروني نقطة التقاء جميع الأنظمة، لن الملف الصحي الالكتروني هون الذي يخزن فيه النتائج الطبية والتشخيصات والعلاجات والأدوية التي أجريت للمريض؛
- تعزيز التنسيق و استمرارية الرعاية، و تحسين الاتصالات في نقل المعلومات الصحية من خلال تضمنها جميع البيانات الصحية.[2]

كما يمكن تقسيم نظام معلومات المستشفى إلى ثلاث أنظمة الفرعية حسب المستوى هي كالآتي:[3]

– نظام المعلومات الاستراتيجي : و يحفظ فيه بعض الإحصائيات الرئيسية مثل عدد المرضى؛

[1] . مصباح عبد الهادي حسن الدويك ، المرجع السابق ، ص 59

[2] .Jean Jucques Jégou , Rapport d'information N62 , sénat,p23

[3] .Thierry Nobre , le système d'information de gestion hospitalier publié dans la plase de la dimension européenne dans la comtabilité contrôle audit , stasbourg France 2009 p 5

- نظام المعلومات الطبي: و فيه تحفظ كل المعلومات التي تخص المخبر، الأشعة و السجلات الطبية؛
- نظام المعلومات التنفيذي: و يشمل الفواتير، الرواتب و الأرشيف.

II. 3-5-5- التطورات المتلاحقة لتكنولوجيا المعلومات والاتصال

لقد أحدثت ثورة التكنولوجيات الحديثة خاصة منها المعتمدة على أنظمة المعلومات تطورات عميقة في كافة الميادين منها الخدمية الصحية، فالتطورات الحاصلة في مجال المعلوماتية والاتصالات سمحت بدخول قدرات وإمكانيات جديدة هائلة لدعم نشاطات وفعاليات عديدة في تقديم الخدمات.

II. 3-5-5-1- الطب عن بعد

يعاني سكان المناطق الريفية والنائية في كثير من بلدان العالم من نقص في الرعاية الصحية ويرجع ذلك بصورة أساسية إلى أن الأطباء المتخصصين عادة ما يتواجدون في المدن الكبيرة ذات الأعداد السكانية الكبيرة.

ونتيجة للتطورات المتلاحقة في مجال تكنولوجيا المعلومات يمكن تنفيذ العديد من عناصر الممارسة الطبية بالرغم من وجود كل من المريض والطبيب في منطقتين جغرافيتين متباعدتين, ويمكن تعريف التطبيب عن بعد على أنه نقل البيانات الطبية الالكترونية (الصور، الأصوات،مقاطع فيديو،سجلات مرضى ...) من مكان إلى آخر من أجل صحة المريض وتعليمه وبغرض تحسين رعايته. [1]

و هو يسمح للأطباء القيام بتشخيص للمرضى عن بعد من أجل اقتراح علاج معين أو وصف بعض الأدوية أو مراقبة مرضى . [2]

كما تم تعريفه على أنه شكل من أشكال التعاون في الممارسة الطبية عن طريق الاتصال الأطباء عن بعد من خلال تكنولوجيا المعلومات و الاتصال لنقل البيانات الطبية الضرورية للمريض لأجل التشخيص و العلاج. [3]

ويمكن أن يستخدم نقل البيانات الطبية أنماطا متنوعة من تكنولوجيا المعلومات بما فيها خطوط الهاتف، الفاكس، الأقمار الصناعية، الانترنت والانترانت ...

ومن فوائد الطب عن بعد ما يلي: [4]

- ✓ تعدد وسائط الشرح قد يزيد من تحسين الرعاية الصحية؛
- ✓ تقليل نفقات انتقال المريض إلى أماكن متخصصة بعيدة؛
- ✓ التواصل بين المريض و الطبيب بما يوفر أكبر قدر من الراحة للمريض؛

[1] إيهاب عبد الرحيم محمد ،**التطبيب عن بعد: ثورة في تعليم الرعاية الصحية** على الموقع www.marefa.org/sources/index.php تاريخ الإطلاع 29 أفريل 2011

[2] http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/telemedecine2009.pdf تاريخ الإطلاع 29 أفريل 2011

[3] Michel Logmann , Jacques Lucas , Télémédcine, les préconisations du conseil National de l'ordre des médecins 2009 , p 5

[4] www.alhasebat.net/vb/showthread.php?t=7088 تاريخ الإطلاع 29 أفريل 2011

- ✓ التقليل من متاعب سفر المريض إلى المدن الكبيرة و الانتقال لمسافات بعيدة بما يضر بصحته؛

ويضيف إيهاب عبد الرحيم محمد الفوائد التالية:[1]

- تقنين الخدمات الطبية العاجلة في المناطق النائية، وذلك بنقل الصور الطبية للمراكز الطبية الرئيسية للتقييم والإرشاد من قبل الأطباء الاختصاصيين المناسبين؛
- إتاحة الفرصة للأطباء الذين يجرون أبحاثا للاتصال ببعضهم البعض بالرغم من بعدهم الجغرافي بحيث يتبادلون سجلات المرضى و الصور التشخيصية؛
- تحسين التعليم الطبي للأطباء العاملين في المناطق الريفية, حيث يمكن ربط العديد من المستشفيات الريفية بمستشفى رئيسي.

كما أن استعمال تقنية الطب عن بعد يعمل على تعويض عدم وجود أطباء متخصصين في بعض المستشفيات ، بالإضافة إلى أن المعلومات المتحصل عليها من خلال استعمال الطب عن بعد تكون سريعة و آنية ، و كذا القضاء على مشكل عدم توفر الأطباء المتخصصين في بعض المستشفيات .[2]

و من استخدامات الطب عن بعد مايلي :[3]

- **تشاور عن بعد** : هو الإجراء الطبي الذي يمكن من خلاله حوار المريض مع الطبيب؛
- **خبرة عن بعد** : اتصال بين عدد من الأطباء لأجل إجراء تشخيص أو علاج للمريض عن بعد دون تنقله بواسطة تقديم الإجراءات الطبية المجراة له و الصور الإشعاعية و التحاليل المخبرية المسجلة في السجل الطبي للمريض .

II. – 3-5-2-البطاقات الصحية الذكية

من أهم التطورات في مجال الصحة الالكترونية البطاقات الصحية الذكية و هي عبارة عن بطاقة صغيرة في حجم بطاقة الائتمان العادية و مثبت بداخلها شريحة الكترونية متناهية في الصغر، و مزودة بوحدة ذاكرة صغيرة لتخزين المعلومات, وتعمل فقط عندما يتم إدخالها في وحدة خاصة تسمى قارئ البطاقات الذكية، وعند دخول البطاقة يصبح هذا الحاسب والبرامج المحملة عليه في حالة نشطة، فتستقبل المعلومات وتخزنها وتسترجعها وتعدلها، و في حالة استخدامها على نطاق واسع يمكن لأي شخص شراؤها فارغة ثم يقوم متخصصوا الرعاية الصحية بتحميل تاريخه الطبي كاملا عليها، و عند دخوله أي مستشفى بها قارئ للبطاقات الذكية يتعرف الأطباء على الفور على

---

[1] إيهاب عبد الرحمن، المرجع السابق

[2] H. Meraoubi, Z.Brahimi , **Reseau VSAT Pour la Télémédcine et Desenclavement du sud de l'algerie** http://www.cdta.dz/sitedasm/telechargement/meraoubiTELECOMmaroc05451.pdf
date visit 11/11/2011

[3] Pierre Simon , Dominique Acker , Rapport La Place de la télémédcine dans l'organisation des soin

تاريخه الصحي كاملا، مما يساعد على دقة و سرعة التشخيص و العلاج ويقلل الأخطاء الطبية ويخفض التكاليف.[1]

II. 3-5-5-3-نظام تحديد المواقع العالمي

هذا النظام دخل في الكثير من التطبيقات المتعلقة بالرعاية الصحية خاصة خدمات الإسعاف والطوارئ، ويتيح هذا النظام رفع كفاءة مراكز الإسعاف والطوارئ في الوصول بسرعة إلى المرضى والمحتاجين فلو طلب شخص من مركز الإسعاف سيارة لإنقاذ شخص مصاب بمرض ما مثلا فإن هذا النظام يتيح التعرف على عنوان طالب الخدمة و ثم تحديد مكانه بدقة ثم يستخدم النظام في التعرف على مواقع سيارات الإسعاف لحظة وصول البلاغ، ثم إبلاغ هذه المعلومة لأقرب سيارة إسعاف إلى العنوان المطلوب التوجه السيارة للمكان بمساعدة ملاحية من نظام تحديد المواقع و نظم المعلومات الجغرافية و طبقا لبعض التقديرات فإن تطبيق هذا النظام يمكن أن يضاعف من سرعة وصول سيارة الإسعاف للمصاب إلى ثلاثة أضعاف.[2]

II. 3-5-5-4-الانترنت و الصحة : بدأت كثير من منظمات الرعاية الصحية والناشرون في استخدام الانترنت كأداة لنشر إنتاجهم على الانترنت، ويشمل هذا الإنتاج الكتب الدراسية ولقطات الفيديو والمقالات العلمية والأسئلة كثيرة التردد على الألسنة، والمعلومات الدوائية وغيرها، وهي كذلك تسمح للأطباء و المرضى بالدخول على نظام معلومات المستشفى طبقا لمستوى الصلاحيات الممنوحة لكل منهم للقيام بالعديد من المهام عن بعد ، فالطبيب مثلا يمكنه الدخول على جدول المواعيد الخاص به ويتعرف على نوعية المرضى الذين سيقوم بالكشف عليهم، و يمكنه تعديل هذه المواعيد إذا اقتضت الحاجة، و المريض يمكنه الحجز لنفسه و الحصول على تقديرات مبدئية لتكلفة الخدمة التي يرغب في الحصول عليها من المستشفى.

ومن أمثلة استخدام الانترنت من قبل المجتمع الصحي و الطبي ما يلي:[3]

- ✓ التدرب الطبي و التعليم المستمر؛
- ✓ إتاحة التوصل إلى المعلومات الطبية؛
- ✓ رعاية المرضى و دعمهم؛
- ✓ التشخيص و المشاورة عن بعد؛
- ✓ العمل عن بعد من أجل المعوقين؛
- ✓ التثقيف في مجال الرعاية الوقائية و الصحة الوقائية؛
- ✓ النشر الإلكتروني للنصوص الكاملة للمؤلفات و النشرات الصحية و الطبية.

---

[1] مصباح عبد الهادي حسن الدويك . المرجع السابق ص 79.

[2] نفس المرجع، نفس الصفحة.

[3] www.emro.who.int : 2011/04/29 تاريخ الإطلاع

II. 3-5-5-5-السجل الصحي الإلكتروني على google وmicrosoft -

أطلقت google خدماتها الصحية google Health التي تمكن الشخص من إنشاء ملف صحي على شبكة الانترنت ويقوم فيه بإدخال بياناته الصحية كتاريخه المرضي و الأدوية التي يتعاطاها و أي حساسيات لديه اتجاه أنواع معينة من الأدوية والأغذية، ولا يحتاج الشخص لكتابة تاريخه المرضي لأن الموقع تم ربطه بالعديد من المستشفيات والعيادات والصيدليات حيث بمجرد أن يقوم الشخص بالتسجيل وتأكيد هويته يتم نقل كل البيانات المتعلقة به من تلك المرافق الصحية إلى صفحته في الموقع حيث يمكنه من مشاهدتها والإطلاع عليها كما يمكنه تعبئة الوصفات الطبية من الموقع. [1]

II. 3-5-5-6- عمل بالأوراق داخل المستشفيات

التعامل بالأوراق داخل المستشفيات وضع يتحقق مع وجود نظم معلومات إدارة المستشفيات بما يحتويه من برمجيات وأدوات مساعدة, وكذلك ما يتكامل معها من نظم وبرمجيات وتكنولوجيا وأجهزة متنوعة تضطلع بمسؤولية إدارة دورة العمل كاملة بالمستشفى بشكل إلكتروني, بدءا من إدخال بيانات المريض عند دخوله لأول مرة عبر نموذج ملئ البيانات الإلكتروني الموجود في مجموعة النماذج الخاصة بالجزء الطبي داخل المستشفى، ثم وضعه على جدول مواعيد الطبيب المختص الذي يتلقى بدوره هذه المعلومة عبر البريد الإلكتروني فيقوم بإجراء التشخيص ومناظرة المريض في الموعد المحدد، ولو طلب أشعة ما يقوم النظام باستدعاء المعايير الصحية الخاصة بهذا النوع من الأشعة، والتي تحدد زمن وكيفية وتكلفة إجرائها، ثم يبث هذه المعلومات إلى البرنامج الخاص بتشغيل وحدة الأشعة، ليوضع المريض على قائمة المطلوب إجراء أشعة لهم، كما تبث إلى الجزء الخاص (تشغيل وحدة) بإدارة المخازن والتوريدات الطبية و المشتريات لضمان وجود المستلزمات الطبية اللازمة للتشخيص، عندما يصل المريض إلى غرفة الأشعة تكون هذه المعلومات قد فعلت مفعولها إلكترونيا في جميع أنظمة المستشفى إداريا وماليا وطبيا وقام الكل بدوره.

خلاصة :

إن امتلاك المؤسسة الصحية لأنظمة معلومات فعالة يمكنها من تحقيق أهدافها لأن المعلومات سواءا كانت طبية أو إدارية تمثل موردا مهما على المؤسسة الصحية استغلاله لتحسين خدماتها ، و دلك عن طريق الحصول عليها في الوقت المناسب ثم معالجتها ثم حسن توظيفها .

---

[1] مصباح عبد الهادي حسين الدويك، مرجع السابق،ص81.

إن المعلومة المعالجة بصفة دقيقة هي عامل رئيسي يتم الاعتماد عليه في تقسيم النشاط الطبي ، التنبؤ بالاحتياجات من الموارد المختلفة ، حساب التكاليف و منه التحكم فيها ، معرفة تطلعات المرضى ، التحكم في هذه الجوانب يعني الاتجاه نحو تحسين الخدمات الصحية و الوصول بها إلى خدمات ذات نوعية و جودة .

و رغم أهمية المعلومة إلا أن درجة الاستفادة منها تبقى مرهونة بمدى تجاوز المشاكل المرتبطة بضمان سرية و أمن المعلومات .

تمهيد :

في سنة 2008 كان القطاع الصحي في الجزائر محل مراجعة حيث تشكل بناء جديد للخارطة الصحية يرتكز على نوعين من المؤسسات ، مؤسسات عمومية استشفائية و أخرى للصحة الجوارية، إذ يعد مستشفى محمد بوضياف بورقلة من صنف المؤسسات العمومية الاستشفائية التي تسهر على تقديم خدمات صحية لمواطنيها و بشكل مستمر ، ما دفع به إلى امتلاك أنظمة معلومات سواءا في الجانب الطبي أو الإداري ، و استعماله لأساليب للحصول على بيانات و من تم معالجتها لاتخاذ القرار المناسب سواءا كانت هذه الأساليب آلية أو يدوية ، و السعي وراء تحسينها بغرض تحسين الخدمة المقدمة و الوصول إلى تطلعات و طموحات المرضى ، و الأهم من دلك الحفاظ على صحة الأفراد .

و سوف نحاول تغطية هذا الفصل من خلال العناصر التالية :

1) الخدمات المقدمة بمستشفى محمد بوضياف .
2) نظام المعلومات بمستشفى محمد بوضياف و تحسينه لجودة الخدمة .

III. 1- الخدمات المقدمة بمستشفى محمد بوضياف

يعد مستشفى محمد بوضياف من المؤسسات العمومية الاستشفائية التي تسهر على تقديم خدمات صحية بصورة مستمرة سعيا وراء إرضاء المرضى المتوجهين إليه الذين يطلبون العلاج و آخرون يطلبون الوقاية .

III. 1-1- التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف

يعتبر مستشفى محمد بوضياف بورقلة مؤسسة عمومية ذات طابع صحي استشفائي وهو قطاع تابع لوزارة الصحة والسكان، فتح أبوابه في شهر جانفي 1988 وتم تدشينه من طرف رئيس الحكومة السابق قاصدي مرباح بتاريخ 22 مارس 1989 حيث يتربع على مساحة إجمالية قدرها 48000 م^2 وتبلغ قدرة استيعابه 501 سرير مقسمة على المصالح والوحدات الداخلية حسب الجدول الآتي:

جدول رقم (3-1) : القدرة الاستيعابية لمستشفى محمد بوضياف

الاختصاص	عدد المصالح	الوحدات	قدرة استيعاب الوحدة	قدرة استيعاب المصلحة
الطب الداخلي	01	-وحدة "رجال" -وحدة "نساء" -تصفية الدم	30 30 14	74
طب الأطفال	01	-طب الأطفال -حديثي الولادة	20 10	30
الجراحة العامة	01	-وحدة"رجال" -وحدة "نساء"	30 30	60
أمراض النساء و التوليد	01	- أمراض النساء - التوليد	30 30	60
جراحة الأطفال	01	-جراحة الأطفال	30	30
جراحة العظام	01	-وحدة"رجال" -وحدة "نساء"	30 10	40
الأمراض الصدرية	01	-وحدة"رجال" -وحدة "نساء"	15 15	30
طب العيون	01	-وحدة"رجال" -وحدة "نساء"	15 15	30
الاستعجالات		-استعجالات طبية	10 07	

الطبية الجراحية	01	- استعجالات جراحية		17
الإنعاش الطبي		- الإنعاش الطبي - الإنعاش الجراحي	13 13 17	30
الأمراض العقلية	01	- وحدة"رجال" - وحدة "نساء"	30 30	60
أمراض الأنف والأذن و الحنجرة	01	- وحدة"رجال" - وحدة "نساء"	10 10	20
الأمراض المعدية	01	- وحدة"رجال" - وحدة "نساء"	10 10	20
الكشف الأشعة	01	- وحدة سكانير - كشوفات أخرى		
الكشف بتحاليل الدم	01	- الكشف بتحاليل الدم		
الطب الشرعي	01	- الفحوصات - وحدة دراسة أسباب الموت وطبيعة وحفظ الجثث - وحدة فحص المساجين		
مصلحة علم الأوبئة والطب الوقائي	01	- تنظيم وتقييم أنشطة الصحة القاعدية - الرقابة في علم الأوبئة - معالجة المعلومات والنظافة الإستشفائية		
المجمــوع العــــام				501

المصدر : من وثائق المؤسسة

مقسم إلى مصالح إدارية و أخرى استشفائية، هذه الأخيرة هي مصالح يتم فيها استشفاء جميع المرضى و أهم ما يميز هذه المصالح هي الخدمة الدائمة و المستمرة 24 /24 ساعة و هذا للسهر على راحة المريض و من الناحية التعدادية للعمال و المستخدمين نشير إلي بعض الأرقام في الجدول الآتي:

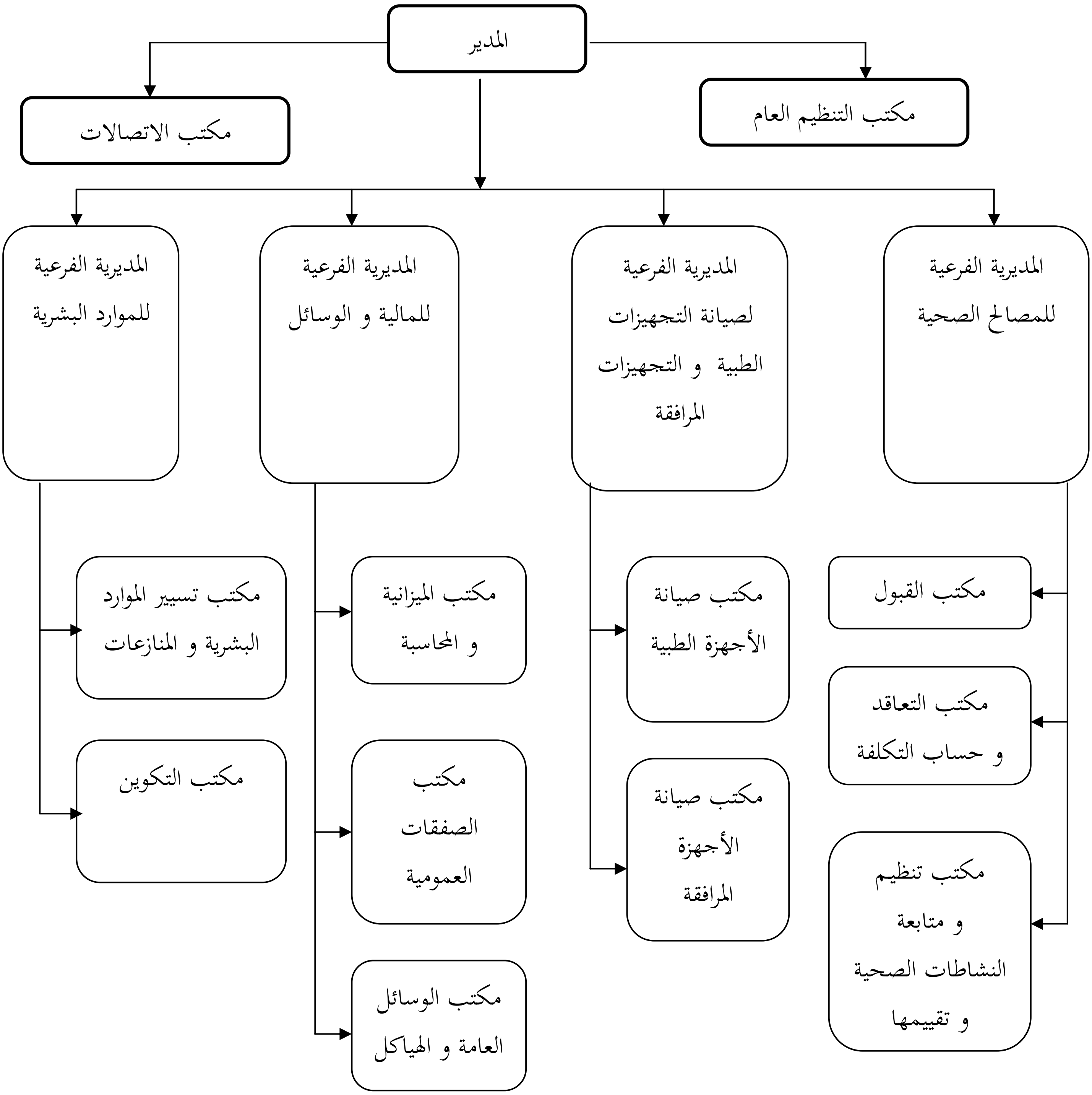
الجدول رقم (3-2)تعداد العمال بمستشفى محمد بوضياف

الصنف	العدد
الممارسين الأخصائيون	50
الأطباء العامون	30
عدد جراحوا الأسنان	03
الأخصائيون في علم النفس العيادي	05
الشبه طبيون	400
الموظفون الإداريون	70
التقنيون والمهنيون	200

المصدر: منن إعداد الطالبة بالاعتماد على وثائق المستشفى

III. -1-2-الهيكل التنظيمي للمؤسسة محل الدراسة

تتوزع مختلف المسؤوليات والمهام اعتمادا على الوظائف والأنشطة التي يحددها الهيكل التنظيمي الموضح في الشكل الآتي :



المصدر : من وثائق المؤسسة

- **المدير** : يعين مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار صادر عن وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات، وباعتبار المسؤول الأول عن تسيير المؤسسة فهو بدلك :
  - يقوم بتمثيل المؤسسة أمام الجهات القضائية وكافة الحياة المدنية؛
  - يقوم بإبرام كافة العقود والصفقات والاتفاقيات؛
  - يسهر على وضع مشروع الهيكل التنظيمي والنظام الداخلي للمؤسسة؛
  - يتولي تنفيذ مداولات مجلس الإدارة؛
  - يمكنه تفويض إمضائه تحت مسؤوليته لمساعديه.

ويساعد المدير أربعة نواب مديرين مسؤولين من المديريات الفرعية التالية :المديرية الفرعية للمالية والوسائل، المديرية الفرعية للموارد البشرية، المديرية الفرعية للمصالح الصحية، المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات والتجهيزات المرافقة .

- **المديرية الفرعية للمالية والوسائل** : تشمل المكاتب التالية :
  - مكتب الميزانية والمحاسبة؛
  - مكتب الصفقات العمومية؛
  - مكتب الوسائل العامة والهياكل.
- **المديرية الفرعية للموارد البشرية**: تشمل مكتبين
  - مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات؛
  - مكتب التكوين.
- **المديرية الفرعية للمصالح الصحية** : تشمل ثلاث مكاتب
  - مكتب الدخول؛
  - مكتب التعاقد وحساب التكاليف؛
  - مكتب تنظيم ومتابعة النشاطات الصحية و تقييمها.

➢ **المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات والتجهيزات المرافقة** : تشمل مكتبين

- مكتب صيانة والتجهيزات الطبية؛
- مكتب صيانة والتجهيزات المرافقة .

III. 1 – 3 – الخدمات الوقائية

يتم تقديم هذا النوع من الخدمات على مستوي مصلحة علم الأوبئة والطب الوقائي، وتوجد بهده المصلحة ثلاثة وحدات فعلى مستوي وحدة تنظيم وتقسيم أنشطة الصحة القاعدية نجدها تقدم خدماتها حسب طريقتين فمنها ما يكون منظم ومقسم حسب فترات ومنها ما يكون مفاجئ وهذا حسب المرض المراد الوقاية منه أما النوع الأول تقوم الوحدة بتقديم بعض اللقاحات ضد بعض الأمراض مثل السل، الشلل، الكزاز، بوحمرون، الحصبة....، منها ما يكون في فترة الحمل ومنها ما يكون بعد الولادة ويقدم مباشرة للطفل في أشهر معينة من حياته، أما النوع الثاني من الوقاية فيحدث أثناء ظهور بعض الأمراض بصورة مفاجئة دون توقعها هنا تقوم الوحدة بإجراءات وقائية ضد هذا المرض.

أما الوحدة الثانية من هذه المصلحة فهي وحدة خاصة بمعالجة المعلومات والنظافة الإستشفائية أي مراقبة نظافة كامل المستشفي بغرض تفادي الوقوع في بعض الأمراض والوقاية منها وبإضافة إلى هدين الوحدتين نجد وحدة الرقابة في علم الأوبئة.

وفي حالة ظهور بعض الحالات الاستثنائية تنتقل المعلومة إلى مديرية الصحة والسكان بوجود مريض في المستشفي به مرض خطير لتقوم التحقيق في المستشفي بعد المراسلة لاكتشاف ذلك المرض والوقاية منه لتفادي انتشاره، مثلا تبين وجود مريض به تسمم بالمياه سببه خلط مياه الصرف مع المياه الصالحة للشرب، هنا تقوم مديرية الصحة بالتحقيق في سبب هذا المرض و أين حدث ومراسلة إلى الولاية محاولة لتقديم حلول للوقاية من انتشار ذلك المرض.

III. –1–4– الخدمات العلاجية

يتم تقديم هذا النوع من الخدمات بعد الوقوع في بعض الأمراض ويتم تقديمها على مستوي العديد من المصالح، هذه الأخيرة بدورها مكونة من وحدات .

III. 1-5-خدمات إقامة واستقبال

أما خدمة الاستقبال فتتم على مستوي مكتب الدخول أين يتم توجيه كل مريض حسب حالته، أما خدمة الإقامة نجد منها توفير سرير لكل مريض حالته تستوجب إقامته داخل المستشفى لمتابعته وكذا تقديم الوجبات الغذائية اللازمة له حسب حاجته وحسب ما قدره الطبيب.

والملاحظ عند الموظفين اعتقاد العديد منهم بضرورة تحسين جودة الخدمات المقدمة للمرضى كونها ليست كغيرها من الخدمات الأخرى ذلك أنها تمس حياة الإنسان إلا أنه يلاحظ اهتمام الطبيين بهذا الجانب أكثر من الإداريين لأن الخدمات المقدمة من طرف الطبيين تمس مباشرة حياة المريض والوقوع في أي خطأ فيها قد يؤدي إلى موته إلا أن الإداري قد يرى بأن تحسين جودة الخدمات المقدمة سوف يؤدي إلى التحكم في التكاليف الخدمات الصحية أكثر.

III. -1- 6- تقييم الخدمات المقدمة بالمستشفى

أما في تقييم الخدمات المقدمة بالمستشفى فيعتمد العمال القائمين بذلك على عدة مؤشرات ففي خدمات الإقامة يعتمدون على حساب عدد الأسرة لكل غرفة وكذا عدد الغرف التي بها أسرة بدون مرضى لتحوي مرضى، جدد نسبة الرضا على شرط الإقامة والإطعام، أما الخدمات الوقائية فيتم مثلا حساب نسبة الوفيات حسب نوع معين من الأمراض التي تم الوقاية منها، نسب انتقال العدوى، نسب التسمم الغذائي. أما الخدمات العلاجية فيتم تقييمها بالعديد من المؤشرات مثل فترة الانتظار في مصلحة الاستعجالات، نسبة الوفيات، عدد المرضى الذين تحسنت حالتهم، عدد الوفيات الناتجة عن أخطاء طبية.

وفي عملية التقييم دور مهم أيضا لمديرية الصحة والسكان بالولاية، أي أنها تتحصل على تقرير وإحصائيات تخص المستشفى والتي قد تكون إما شهرية، ثلاثية، سداسية أو سنوية، وهنا تقوم بمقارنتها ببعض المعايير وعند اكتشاف الخلل تقوم بدراسته ومعرفة أسبابه، إلا أن حلها للمشاكل لا يكون إلا في حالات عجز فيها عمال المستشفى عن حلها هنا تتدخل.

III. -2- نظام المعلومات بمستشفى محمد بوضياف و تحسينه لجودة الخدمات

III. -2-1-السجل الصحي (ملف المريض)

عند دخول أي مريض لمستشفى محمد بوضياف سوف يتم تشخيص حالته و يأمر الطبيب إما بمكوثه لفترة معينة للعلاج أو خروجه إذا رأى ذلك مناسبا لحالة المريض ففي حالة مكوث المريض سوف يوجه إلى القسم المناسب لحالته و سوف تتبع المريض بطاقة تدعى بالبطاقة المكوكية، تحتوي هذه البطاقة معلومات حول المريض مثل الاسم و اللقب، السن، الزمرة الدموية، تاريخ الدخول، ساعة الدخول، المصلحة، اسم الطبيب المعالج، و عند انتقال المريض لقسم آخر سوف تتبعه هذه البطاقة أيضا، أي أنها ترافق المريض فترة مكوثه بالمستشفى، وفي كل قسم يعالج فيه المريض سوف يسجل في هذه البطاقة التاريخ، المصلحة، العمليات و الفحوصات(الرمز، الصفة، السعر) و عند نقل المريض إلى مؤسسة استشفائية خارجية أخرى سوف يتم أيضا تسجيل نفس المعلومات التي تسجل حين انتقاله من قسم لآخر، و بهذه البطاقة أيضا جزء مخصص للأدوية بحيث يتم فيه تسجيل تاريخ الوصفة، الرمز التجاري الدولي للدواء، صيغة و شكل الرمز التجاري، الكمية الموصوفة، الكمية المقدمة، اسم و لقب واصف الوصفة و حين أمر الطبيب بخروج المريض سوف يسجل هذا أيضا بهذه البطاقة في إطار مخصص للطبيب به تاريخ الخروج، توقيت الخروج، طريقة الخروج، تشخيص الخروج، رمز تشخيص الخروج، كما يوجد إطار مخصص لإدارة المستشفى به رقم الفاتورة، التاريخ، المبلغ النهائي للخدمة، رقم وثيقة الدفع، حصة الضمان الاجتماعي، حصة المريض، رقم الملف، كل هذا يتم يدويا أي لا وجود لشبكة بين الأقسام تحوي ملفات المرضى المتواجدين بالمستشفى، و بالمستشفى يوجد سجل مقسم حسب الأقسام، و في كل قسم يسجل اسم المريض، تاريخ الدخول و الخروج، الترميز أي أن المريض لا يسجل إلا في الأقسام التي دخلها و ذلك بعد تسلمهم للبطاقة المتنقلة التي تحتوي معلومات المريض و بذلك يتم الحفظ اليدوي لملف كل مريض لأنه ما يسجل آليا هو فقط ما سجل في السجل الخاص بكل الأقسام أي أن المعلومات التي سوف تبقى آلية هي فقط اسم المريض، تاريخ الدخول و الخروج، الترميز دون الحفظ الآلي لما قام به من علاجات سواء بين الأقسام أو في مؤسسة استشفائية خارجية, أو أدوية بالكميتين الموصوفة و المقدمة و اسم الدواء، أي أنه آليا سوف نستفاد فقط من معرفة عدد المرضى و الأقسام التي دخلوها أي إمكانية معرفة قدرة استيعاب المصالح للمرضى، و بهذه الطريقة لحفظ معلومات المريض سوف يعاني المستشفى من السلبيات الآتية:

- ✓ بطء و صعوبة استرجاع معلومات المريض بسبب المسك اليدوي للملف و العدد الكبير من المرضى؛
- ✓ صعوبة التواصل بين فرق تقديم الخدمة من أطباء و ممرضين و إداريين؛
- ✓ صعوبة خلق تواصل مع المستشفيات الأخرى؛
- ✓ زيادة التكاليف بسبب بطء تبادل المعلومات و عدم توفير العمالة و الجهد المبذول من طرف العمال؛

- ✓ بالإضافة إلى هذه السلبيات سوف تخسر عامل الوقت في استرجاع المعلومات و منه عدم إنقاذ حياة المريض في الوقت المناسب.

III. -2-2-آلية عمل نظام معلومات المخبر بالمستشفى

عند مكتب الاستقبال الخاص بالمخبر يجرى جمع طلبات إجراء تحليل يدويا أي عند قدوم أي مريض سواءا خارجي أو مريض ماكث بالمستشفى سوف يقدم الورقة المحررة من طرف طبيبه التي تحتوي اسم المريض وسنه، التحليل المراد إجراؤه و يتم جمع لهذه الأوراق و من ثم الحصول على العينات و بعدها إجراء تحاليل و صدور النتائج ما يتم آليا فقط هو حفظ لاسم المريض،اسم و رمز التحليل المجرى له دون اتصال بالأقسام الأخرى للتبليغ أي نتائج التحليل، أي أنه كان يجدر بالعاملين في المخبر أي يجري تسليم طلب إجراء تحاليل إلكترونيا مباشرة من الطبيب المعالج عن طريق نظام معلومات المستشفى و من هذا الأخير يمكن لنظام معلومات المختبر أخذ معلومات عن المريض مثل رقم الملف الطبي، السن، السوابق المرضية، و نظام معلومات المختبر بدوره يقوم بتقديم معلومات عن نتائج التحاليل المجراة لحفظها في ملف المريض، و إذا تم العمل بهذا سوف يمكن تحقيق ما يلي:

- ✓ تقليص الاتصالات المتبادلة بين المخبر و باقي أقسام المستشفى أي أنه يمكن معرفة توفر تحليل ما، جاهزية نتائج تحاليل مريض معين و غيرها؛
- ✓ تخفيض استعمال الورق لطباعة النتائج أي استعراضها في الحواسيب دون طباعتها؛
- ✓ منع تكرار طلب التحاليل نفسها لمريض معين دون علمه بذلك، فحين توفر نظام معلومات كفأ سوف يمنع هذا التكرار؛
- ✓ إمكانية معرفة الطبيب التحاليل المتوفرة بالمستشفى و هو متواجد بقسمه و منه تحديد التحاليل الممكن إجراؤها لمريضه.

III. -2-3-آلية عمل نظام معلومات الأشعة

يتم عمل نظام معلومات الأشعة بمثل طريقة عمل نظام معلومات المختبر بحيث يتم جمع طلبات إجراء الأشعة و من ثم إجراء هذه الأشعة على المرضى كل حسب حالته و عند الحصول على الصور المراد إجراؤها سوف يقوم العمال القائمين على الأشعة بحفظ اسم المريض، رمز الأشعة، دون الربط مع نظم المعلومات الأخرى بسبب عدم توفر شبكة بين الأقسام ، فيفترض وجود علاقة من أنظمة المعلومات الأخرى لغرض تسهيل العملية و القيام بها بسرعة.

III. -2-4-نظام معلومات الصيدلة بالمستشفى

يهدف مسيري مستشفى محمد بوضياف من استخدام نظام معلومات الصيدلة إلى ما يلي:

- صرف الأدوية؛
- مراقبة المخزون و مراعاة تاريخ الصلاحية للأدوية؛
- تجميع بيانات عن الأدوية و المستلزمات الطبية مثل السعر, الكمية...؛
- معرفة رصيد الأدوية و إصدار أوامر الشراء .

إلا أنه كغيره من الأنظمة يعاني نظام معلومات الصيدلة من عدم اتصاله بنظم المعلومات الأخرى المتواجدة في المستشفى ولذلك نجد الغرض النهائي هو فقط توفير الأدوية المطلوبة ذات الصلاحية دون التسريع في عملية الحصول عليها فمثلا لو كان ذو علاقة مع نظام معلومات المستشفى سوف يستطيع الصيدلي الوصول إلى ملفات المرضى يوميا و تحديد ما يلزمهم من أدوية دون توجه الممرضين له و كذلك يستطيع حفظ ما تم تقديمه للمريض في ملف المريض مباشرة.

III. -2-5- نظام إدخال الأوامر الطبية إلكترونيا

على عكس أنظمة معلومات المستشفى الأخرى فإن هذا النظام يحتاج كليا إلى استخدام تكنولوجيا المعلومات و الاتصال، و بما أن المستشفى يفتقر استعمال الشبكة المحلية سوف يحتاج الطبيب لاستخدام أساليب يدوية للاتصال مع الأقسام الأخرى لإرسال وصفاتهم الدوائية، التحليلية،فعند تحديد الطبيب مثلا لطبيعة الغذاء,الأدوية و الجرعات،التحاليل والفحوصات الطبية سوف يقوم بتسجيل ذلك يدويا للمريض و هو بدوره يتصل بالأقسام الأخرى فمثلا لو توفر الاتصال بين الطبيب مع الأقسام الأخرى سوف لن نحتاج لذلك و يقوم الطبيب بالاتصال مباشرة مع الصيدلي العامل في المخبر، العامل في الأشعة وهم بدورهم يقدمون نتائجهم.

III. -2-6-نظام تسيير المرضى(مكتب الدخول)

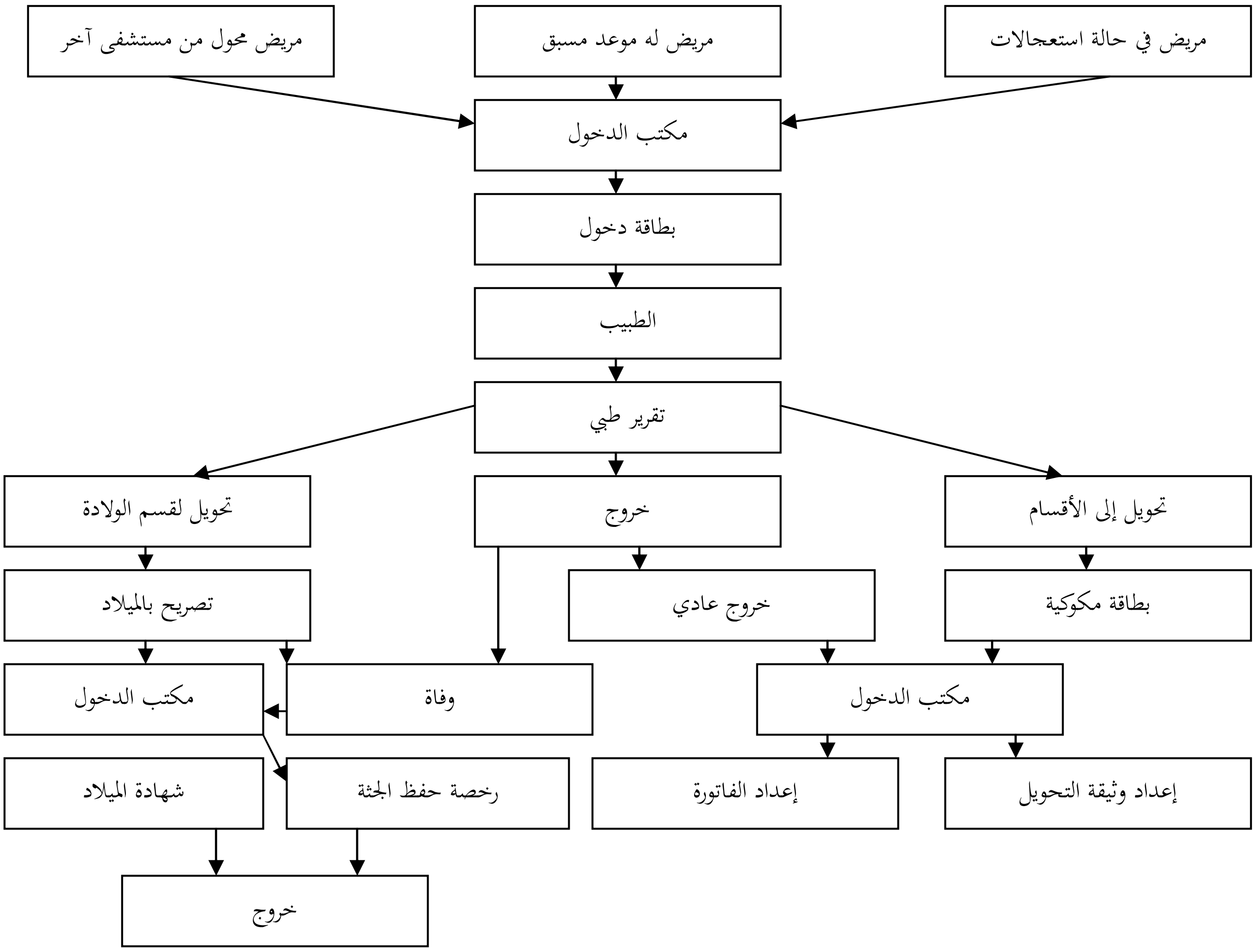
يعد مكتب الدخول من أهم المكاتب في المستشفى بحيث له علاقة مع المصالح الطبية و له علاقة مع المصالح الإدارية فيتصل مع المصالح الطبية لمعرفة الوفيات، المواليد، تحويلات بين الأقسام و غيرها، و يتصل مع المصالح الإدارية للتصريح بالتكاليف و بعض الإحصائيات الأخرى، كما له اتصال خارجي أيضا مع البلدية، وكيل الجمهورية و الشرطة.

فعند دخول أي مريض للمستشفى سوف يتصل أولا بهذا المكتب سواء كان المريض في حالة استعجالات أو محول من مستشفى آخر أو له موعد مسبق و بذلك يملأ المريض بطاقة دخول تدل على دخوله للمستشفى بها معلومات عن الحالة المدنية للمريض،ثم بعد ذلك يعرض على الطبيب فإن كانت حالة المريض تستوجب مكوثه في المستشفى سوف يأمر الطبيب بخلق ملف للمريض و يقوم مكتب الدخول بمنح المريض البطاقة المكوكية التي تتبع المريض فترة مكوثه بالمستشفى و التي يسجل فيها معلومات عن المريض و كل إجراء طبي لابد أن يسجل فيها إلى أن يأمر الطبيب بخروجه و كذا توجيه المريض إلى المصلحة التي أمر الطبيب بتوجيهه إليها، كما يخصص بهذا المكتب عمال لتسجيل المواليد و تحرير شهادة الازدياد التي تظم المعلومات التالية: اسم الأم، تاريخ ميلادها،

الزوج، تاريخ ميلاده، جنس المولود، ساعة الولادة و اسم المولود... كل هذه المعلومات تحفظ يدويا في سجلات و قد يتم الرجوع إليها في بعض الحالات مثل وجود خطأ في شهادة الميلاد أو إهمال بعض الأولياء في تسجيل مواليدهم و بذلك يطلب استخراج شهادة ميلاد مجددا أو تقديم تصريح يثبت ذلك. كل هذه المعلومات تحفظ بنفس الطريقة في حالة الوفاة.

و في الشكل الموالي شرح لآلية عمل نظام المعلومات بمكتب الدخول

الشكل رقم (2-3) : آلية عمل نظام المعلومات بمكتب الدخول

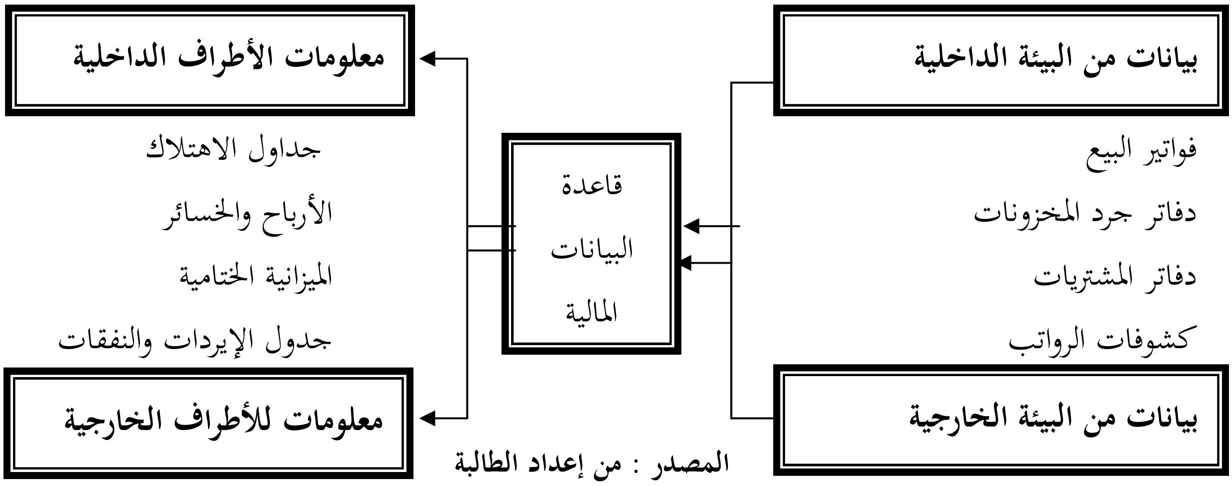


المصدر : من إعداد الطالبة

III. -2-7-نظام المعلومات المالية بمستشفى محمد بوضياف

يساهم هذا النظام في مساعدة مدير المديرية الفرعية للمالية و المحاسبة في أداء مهامه كونه يزود المدير بتقارير، و هو بدوره يقوم بمعالجة البيانات المتواجدة بهذه التقارير ليحصل على معلومات تكون أيضا في شكل تقارير تفيد من اتخاذ القرار. ويمكن تمثيل نظام المعلومات المالية بالمستشفى بالشكل الآتي:

الشكل رقم (3-3): نموذج عام لنظام المعلومات المالية بمستشفى محمد بوضياف



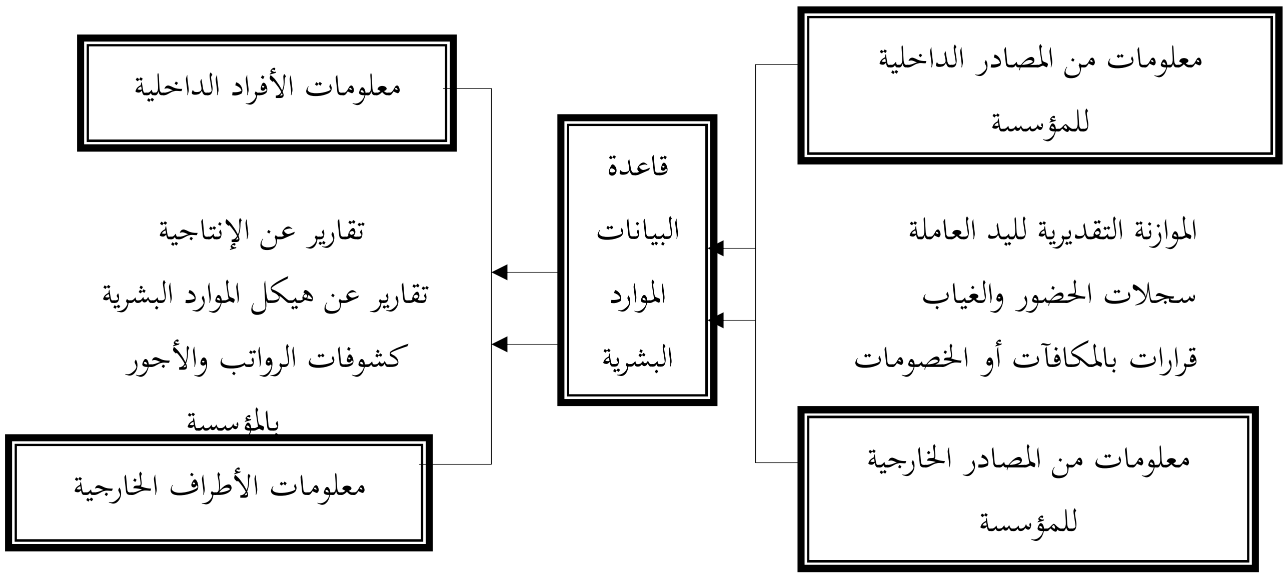
المصدر : من إعداد الطالبة

III. -2-8-نظام معلومات الموارد البشرية بالمستشفى

المديرية الفرعية للموارد البشرية هي جزء من الإدارة يعنى بشؤون الأفراد و العاملين، بحيث تقوم بجمع بيانات عن موظفيها و معالجتها بغرض الوصول إلى قرار معين يخص التعيين، التأهيل، التدريب، تطوير الكفاءات،وصف المناصب، التكوين...

كل ذلك ممثل بالشكل الآتي:

الشكل رقم (3-4): نموذج عام لنظام المعلومات للموارد البشرية بمستشفى محمد بوضياف



المصدر : من إعداد الطالبة

III. -2-9-الاتصال بين المصالح عن طريق شبكة محلية

قبل سنة 2007 كان الرابط في المستشفى بين المصالح بواسطة استعمال الكوابل لكن بعدها في سنة 2007 تم الرابط اللاسلكي بواسطة استخدام الويفي wifi بين بعض المصالح الإدارية والمصالح الطبية، وفي سنة 2008 تم الرابط بين كل المصالح مثل مكتب الدخول له علاقة بمصالح أخرى بحيث يكون اتصال مع مصالح أخرى لتوضيح عدد المرضى الذين دخلوا أو حالتهم، وتم دفع تكاليف باهضة وعالية جدا لإتمام العملية إلا أنها كانت فعالة في بعض المصالح، ورغم ما حققته إلا أنها تم التراجع عنها للأسباب التالية:

- رفض بعض العمال لاستغلال واستعمال هذه التقنيات لنقص إتقانها وتعلمها، وكذا الهروب من المسؤولية والخوف منها، بالإضافة إلى وجود العدد الكبير من العمال المؤقتين؛
- سهولة التجسس عند استعمال الويفي مقارنة بالكوابل أي بمجرد توفر code عند العامل يمكنه الإطلاع على عكس الربط بالكوابل لابد من الدخول للمصلحة والربط معها؛
- إحداث الويفي لبعض الإهتزازات التي تؤثر على بعض الآلات وبذلك تصبح الأجهزة غير دقيقة رغم ضرورة هذا العامل في الجانب الطبي.

III. -2-10-استعمال تقنية الطب عن بعد في مستشفى محمد بوضياف

بدأت محاولة استعمال هذه التقنية منذ سنة 1996 حيث كان هناك ربط المستشفى مع مستشفى الجزائر، إلا انه يمكن التحدث والاتصال دون ملاحظة ما هو موجود في المستشفى الأخر أي لا وجود لاستعمال الكاميرات، وكان يمكن للطبيب تقديم استشارة لطبيب أخر بحيث يتم عرض حالة المريض بشرح الطبيب في الجزائر يشخص حالة المريض وبدوره يقوم بتقديم الحل المناسب لحالة المريض، بالإضافة إلى ذلك يقام للأطباء المتواجدين بمستشفى محمد بوضياف بعض التكوينات عن بعد بغرض الاستفادة من خبرات ومعارف بغض الأطباء المتواجدين في الجزائر يشخص حالة المريض وبدوره يقوم بتقديم الحل المناسب لحالة المريض.إلا أن هذا المشروع لم بدم طويلا ليعاد بدايته من جديد في سنة 2007 بحيث تم ربط مستشفى محمد بوضياف مع بيرتراريا وكان الهدف من هذا المشروع فك العزلة وكذا التخفيف من معاناة المرضى جراء نقلهم كل مرة أي أنهم يختصرون عدد المرات التي يتم فيها تشخيصهم ولا يذهبون إلا أذا كانت ضرورة تستدعي تواجد المريض بالجزائر وفي هذا المشروع استفادت الجزائر من التجربة الكندية ذلك أن هذه الأخيرة لها نفس ظروف الجزائر مناخيا إلا أنها هي تعاني من مشكل المسافة البعيدة والحرارة في الشمال على عكس الجزائر فإن الجنوب هو الذي يتميز بالمناخ الحار بحيث يجد سكان الجنوب صعوبة في التنقل بحيث استفاد طبيين من مستشفى محمد بوضياف من تكوين في كندا، ولذلك خصص في مستشفى بوضياف قاعة مجهزة بكاميرات وأجهزة كمبيوتر وبعض الأجهزة الأخرى الخاصة بذلك، ويشرف على العملية ثلاثة أطباء وتقني واحد فقط كما يتم استخدام هذه التقنية يوم الثلاثاء من كل أسبوع، ففي بداية اليوم يخصص وقت معين لتكوين بعض الأطباء بعد من طرف البروفيسور المتواجد بيرتراريا بتقديم بعض المحاضرات ترى وتسمع عن بعد، وبعدها بتم عرض حالات المرضى لذلك اليوم، بحيث يقدم كامل

ملف المريض بتقديم معلومات عن حالته ثم عرض ذلك بالصور والفيديو مثلا تبيان الأشعة التي أجريت عليه أو تحاليل، بحيث يكون وصول الصور أنية وليس بعد فترة وقد يصل في بعض الحالات عدد المرضى إلى 15 مريض إلا أنه لا يتم عرض حالة إلا المرضى الذين يعانون من أمراض مركبة وذوي الحالات غير الواضحة أي الحالات التي يصعب فيها علاجهم بالمستشفى محل الدراسة، وبذلك استفاد أكثر من سنة 200 مريض من استعمال هذه التقنية بحيث أظهرت نجاحا كبيرا وتسببت في علاج العديد منهم دون نقلهم إلى الجزائر للعديد من المرات، وفي بعض الحالات يتم تشخيص المريض كليا ولا ينقل إلى الجزائر إلا وقت إجراء العملية أو تقديم علاج بأدوية لا تمنح إلا للمستشفيات الكبيرة إذا استلزم الأمر ذلك، إلا أن رغم نجاح هذه العملية في سنة 2009 تم التراجع عنها لعدة أسباب منها:

- نقص الأطباء الأكفاء الذين يقومون ويشرفون على هذا العملية رغم توفر المعدات تقنيا؛
- تحول الأطباء إلى مستشفيات أخرى بحيث يكون الطبيب يشرف على العملية وبعد عامين بتحوله إلى مستشفى أخر سوف يحتاج المستشفى لمن يعوضه؛
- تغيير مدير المستشفى في كل مرة مما يسبب وجود مشاريع لكن دون تطبيقها؛
- صعوبة دفع التكاليف وتحديد لمن تدفع هذه التكاليف هل للأطباء الذين شخصوا عن بعد أم الأطباء المتواجدين بمستشفى محمد بوضياف الذين يعملون على القيام بالأشعة والتحاليل وإجراء الفحوصات.

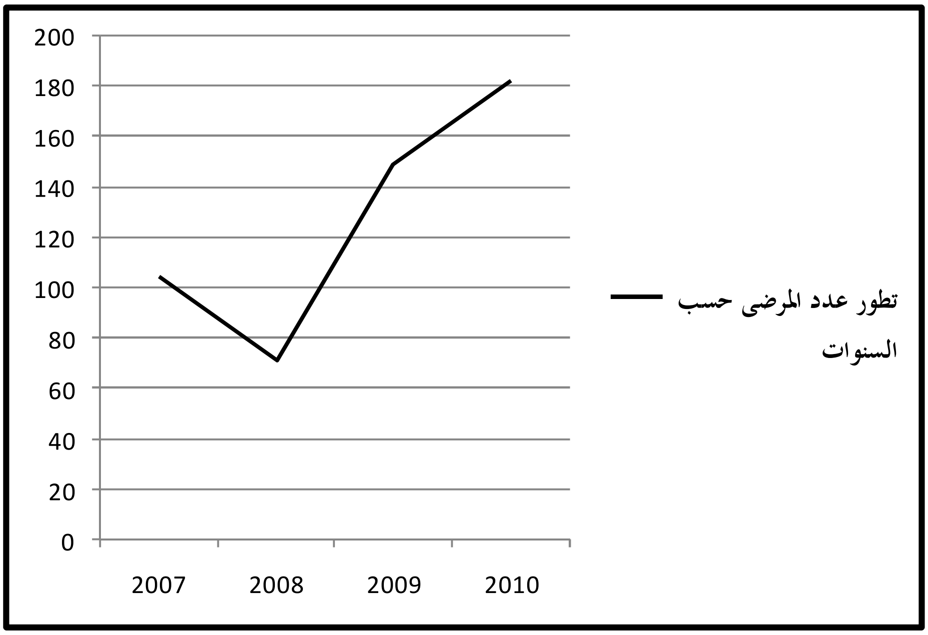
فعند استعمال المستشفى لتقنية الطب عن بعد سوف تستفيد من هذين العاملين المهمين حتى وإن كان فيه دفع تكاليف لذلك لأن الهدف الأساسي هو الحفاظ على صحة المريض وعلاجه في أسرع وقت.

وكذلك الحال بالنسبة للمرضى الأنتين في مستشفيات أخرى، فسوف تدفع هذه الأخيرة تكاليف باهضة لنقل المرضى، فاستعمال تقنية الطب عن بعد في هذه المستشفيات مع مستشفى محمد بوضياف سوف يقلل من تكاليفها ووقتها بالإضافة إلى الحفاظ على صحة مرضاها.

III. -2-11-دراسة تكاليف نقل المرضى إلى مستشفيات أخرى

يقوم مستشفى محمد بوضياف باستقبال عدد من المرضى سنويا القادمين من مستشفيات أخرى كما يقوم بإرسال عدد منهم أي المحلولين ويختلف عددهم من سنة لأخرى، ففي هذه الدراسة تم حساب عدد المرضى المحلولين خلال أربع سنوات حيث سنة 2007 بلغ عددهم 104 مريض وفي سنة 2008 بلغ 71 مريض ليصل في سنة 2009 إلى 149 مريض ليرتفع في سنة 2010 إلى 182 مريض، ويمكن تمثيل هذه البيانات في المنحنى التالي :

شكل رقم (3-5): تطور عدد المرضى المحولين إلى مستشفيات أخرى من سنة 2007 إلى 2010

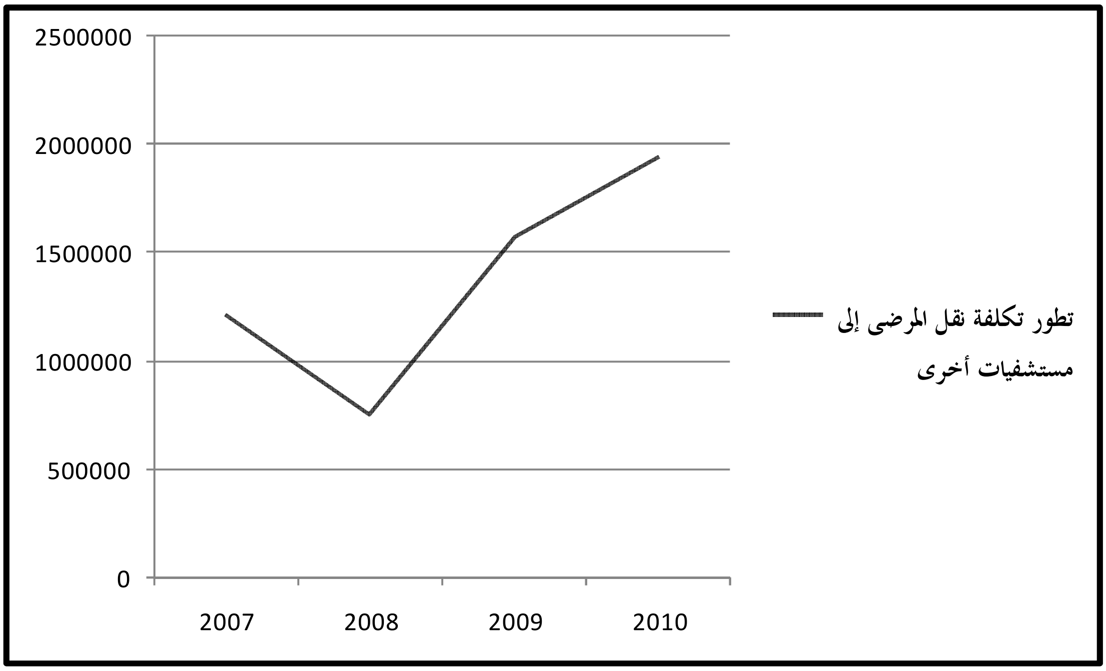


المصدر: من إعدادا الطالبة إعتماد على وثائق المؤسسة

من خلال المنحنى نلاحظ أن عدد المرضى في سنة 2007 كان قليل مقارنة بسنة 2009و2010 لكنه كثير مقارنة بسنة 2008 ويمكن إرجاع ذلك إلى أن تجربة الطب من بعد في هذا المستشفى كانت في بدايتها ومازال المستشفى يعتمد على تحويل المرضى إلى مستشفيات أخرى دون تشخصيهم عن بعد، لكن في سنة 2008 نلاحظ أن عددهم تراجع بسبب إعتماد الأطباء في هذا المستشفى على هذه التقنية أي أنهم يكتفون بالتوجيهات المقدمة لهم من طرف الأطباء المتواجدين في بيتراريا إلا في الحالات التي يتوجب فيها نقل المريض، إلا أن هذا العدد بدأ يتزايد في سنة 2009 وبسب ذلك تراجع المستشفى عن استغلال هذا المشروع لأسباب المذكورة سابقا لذلك بدأ يتزايد ليصل في سنة 2010 إلى عدد يدل على توقف المشروع كليا.

وما تجدر الإشارة إليه هنا من خلال ملاحظة هده الأعداد هو التزايد في ثلاثة عناصر منها ما يؤثر على ميزانية المستشفى ومنها ما يؤثر على صحة المريض، فعندما نقوم بتحويل مريض من مستشفى إلى أخر سوف نتأثر أولا على صحته من خلال السفر إلى مسافات بعيدة وسوف نحتاج أيضا لعامل الوقت لإرساله ودفع تكاليف مقابل ذلك والمنحنى الأتي يبين تطور هذه التكاليف عبر السنوات الأربعة التي تمت فيها الدراسة.

شكل رقم (3-6): تكلفة نقل المرضى المحولين إلى مستشفيات أخرى



المصدر: من إعدادا الطالبة إعتمادا على وثائق المؤسسة

نلاحظ من خلال المنحى تناقص التكلفة من سنة 2007 إلى 2008 وهذا دليل على استعمال الطب عن بعد بكثرة في سنة 2008 فلو لاحظنا نجد أن عدد المرضى المحولين إلى مستشفيات متواجدة بالجنوب لن يتناقص من سنة 2007 إلى 2008 لكن تناقص عدد المرضى المحولين إلى الشمال ذلك أن المستشفى كان يتعامل بهذه التقنية مع مستشفى متواجد في الشمال لذلك قل عددهم بالتالي تناقص تكاليفهم وتزايد التكاليف في سنة 2009 و2010 لتراجع مشروع الطب عن بعد تدريجيا في هذا المستشفى.

وبالإضافة إلى هذه التكاليف توجد تكلفة قد لا تدفع ماديا لكنها في قيمتها أكثر حتى التكلفة المادية وهي عامل الوقت ففي نقل المريض إلى مستشفى أخر سوف نحتاج وقت لنقله حتى وإن كان قليل إذا تم النقل بالطائرة مقارنة بالنقل بالإسعاف إلا انه في حالة صحية غير جيدة سوف يؤثر السفر أيضا على صحته التي لا تقدر بثمن خاصة وإذا كان المنقول إليه ذو مسافة بعيدة.

III. -2-12-دراسة تكاليف تكوين العمال خارج الولاية

مثل ما يقوم المستشفى بإرسال المرضى لعلاجهم فإنه يتكفل أيضا بإرسال العاملين فيه لأجل عملية التكوين في ولايات أخرى من الوطن وخاصة الطبيين وشبه الطبيين منهم، ويتم حساب تكلفة نقلهم ومكوثهم بتلك الولاية بنفس الطريقة التي يتم فيها حساب تكلفة نقل المرضى للعلاج أي حساب المكان (شمال أو جنوب) وحسب الدرجة الجداول التالية تبيين عددهم والمكان المرسلين إليه وكذلك تكلفة مكوثهم وذلك في السنوات الأربعة من 2007 إلى 2010.

جدول رقم (3-3) تكلفة إجراء تكوينات خارج الولاية من سنة 2007 إلى 2010

السنة	الولايات المرسلين إليها	عدد العمال المرسلين	التكلفة
2007	الجزائر وهران بسكرة	14 10 03	189500 99950 16250
		27	305700
2008	الجزائر وهران قسنطينة عنابة	11 09 02 02	152680 96980 27550 37550
		24	314760
2009	الجزائر وهران قسنطينة بسكرة	17 08 02 03	200550 77750 25250 15250
		30	318800
2010	الجزائر وهران قسنطينة بسكرة	21 09 01 02	230725 86500 13025 9550
		33	339800

المصدر: من إعداد الطالبة

من خلال الجدول نلاحظ أن عدد العمال قل من سنة 2007 إلى 2008 إلا أن التكلفة زادت و هذا راجع إلى الفترة التي يقضيها العمال فكلما زادت الفترة زادت التكلفة و كذلك المكان الموجهين إليه لأن التكلفة تختلف بين الشمال و الجنوب إلا أنه يمكن ملاحظة أن عدد الموجهين إلى الجزائر قل ذلك أن المستشفى بدأ يعتمد على الطب عن بعد بحيث يقوم طبيب في مكان بعيد بتعليم طبيب متواجد في مكان آخر.

ومن سنة 2008 إلى 2009 نلاحظ أن التكلفة نقصت لكن ليس بكثير مقارنة بتغير عدد العمال من 24 إلى 30 عامل و هذا أيضا راجع إلى المدة الزمنية، و الملاحظ هنا أيضا نقص الموجهين إلى الجزائر ذلك أن المستشفى يتعامل بتقنية الطب مع الجزائر فقط.

و من سنة 2009 إلى سنة 2010 نلاحظ زيادة التكلفة ذلك أن المستشفى تراجع عن تقنية الطب عن بعد و بالنسبة لولايتي بسكرة و قسنطينة نلاحظ أن العدد قل من 2009 إلى 2010 لأن المستشفى له علاقة بالجزائر فقط دون ولايات أحرى و العمال يمكن توجيههم لولايات أخرى دون الجزائر.

III. -2-13- تحليل و تفسير نتائج الاستبيان

تم اختيار عينة عشوائية تكونت من 40 عامل بالمستشفى منهم 20 عامل إداري و 20 عامل في الجانب الطبي ،و تضمن الاستبيان 27 سؤالا و دلك وفق الأبعاد التالية :

- البعد الأول : يحتوي على الأسئلة من 01 إلى 05 يتكون من معلومات شخصية للمستجوبين .
- البعد الثاني : يحتوي على الأسئلة من 06 إلى 09 يهدف إلى قياس مدى إدراك المستجوبين المفاهيم المتعلقة بنظام المعلومات .
- البعد الثالث : يحتوي على الأسئلة من 10 إلى 11 يهدف إلى معرفة آلية معالجة البيانات و مدى وجود صعوبة في استرجاع المعلومات .
- البعد الرابع : يحتوي على الأسئلة من 12 إلى 15 يهدف إلى معرفة آراء المستجوبين حول تأثير نظام المعلومات على أنشطة المؤسسة .
- البعد الخامس : يحتوي على الأسئلة من 16 إلى 19 يهدف إلى معرفة مدى استخدام تكنولوجيا معلومات و اتصال حديثة في الأعمال الطبية .
- البعد السادس : يحتوي على الأسئلة من 20 إلى 24 يهدف إلى قياس مدى إدراك المستجوبين المفاهيم المتعلقة بالخدمة الصحية .
- البعد السابع : يحتوي على الأسئلة من 25 إلى 28 يهدف إلى معرفة مستوى الخدمة المقدمة في المستشفى و ما يجب توفيره لتحسينها .

تم تحليل بيانات البعد الأول للاستبيان و الذي يشمل البيانات الشخصية لأفراد العينة .

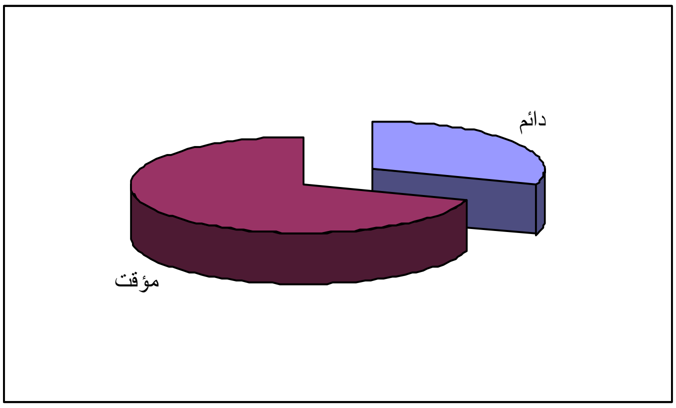
- ✓ **طبيعة العمل** : في هذه الدراسة تم تقسيم العينة إلى 20 عامل في الجانب الطبي و 20 عامل في الجانب الإداري .
- ✓ **نوع العقد** : يبين الجدول التالي توزيع أفراد العينة حسب متغير نوع العقد

جدول رقم (3- 5) : توزيع عينة الدراسة حسب متغير نوع العقد

نوع العقد	التكرار	النسبة المئوية
دائم	12	%30
مؤقت	28	%70
المجموع	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

شكل رقم (3-7): توزيع عينة الدراسة حسب متغير نوع العقد



المصدر : من إعداد الطالبة

نلاحظ من أن نسبة 70% من العينة لهم عقد مؤقت مع المستشفى و هذا راجع لسياسة التوظيف المستعملة بالمستشفى و كذا انتشار ما يسمى بعقد إدماج حاملي الشهادات .

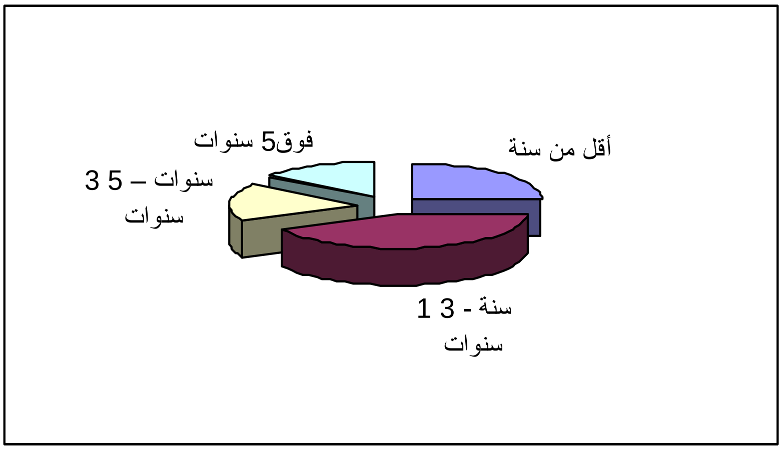
✓ **مدة العمل** : يبين الجدول التالي توزيع أفراد العينة حسب متغير مدة العمل

جدول رقم (3- 6) : توزيع عينة الدراسة حسب متغير مدة العمل

مدة العمل	التكرار	النسبة المئوية
أقل من سنة	10	%25
1 سنة - 3 سنوات	17	%45
3 سنوات - 5 سنوات	07	%12.5
فوق5 سنوات	06	%17.5
المجموع	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

شكل رقم (3-8): توزيع عينة الدراسة حسب متغير مدة العمل



المصدر : من إعداد الطالبة

الملاحظ من الجدول أن نسبة 45% عملوا بالمستشفى من سنة إلى ثلاث سنوات و هذا راجع إلى 70 % من العينة لهم عقد مؤقت .

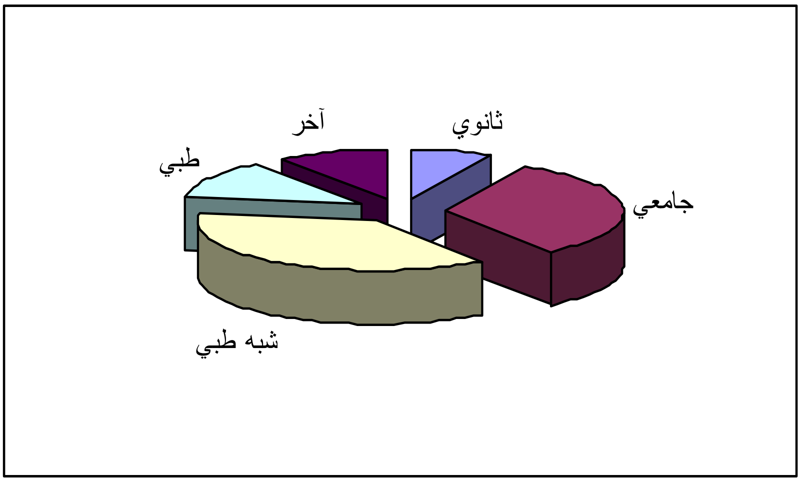
- ✓ **المستوى التعليمي** : يبين الجدول التالي توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي.

جدول رقم (3– 7) : توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة المئوية
ثانوي	03	%5
جامعي	13	%40
شبه طبي	15	%42.5
طبي	05	%7.5
آخر	04	%5
المجموع	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

شكل رقم (3-9): توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي



المصدر : من إعداد الطالبة

نلاحظ من الجدول أن نسبة شبه الطبيين تمثل 42.5 % ، في حين تمثل نسبة الأطباء 7.5% ، أما ما يقابله في الجانب الإداري فنجد نسبة 40% من أفراد العينة هم جامعيين في حين نجد فقط نسبة 5% دوي المستوى الثانوي .

✓ **يقوم نظام المعلومات بدور رئيسي في المؤسسة الصحية .**

جدول رقم (3- 8) : دور نظام المعلومات في المؤسسة الصحية

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	14	70	9	45	25	62.5
إلى حد ما	3	15	6	30	9	22,5
لا	3	15	5	25	6	15,0
المجموع	20	%100	20	%100	40	% 100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائيSPSS

نلاحظ من الجدول أن نسبة 70 % من المستجوبين من العمال الإداريين لهم وعي بأهمية نظام المعلومات في المؤسسة الصحية و كذلك العمال الطبيين إلا أنه بنسبة أقل حيث يمثل العمال الطبيين الذين أجابوا بنعم نسبة 45 % .

✓ **المعلومات التي تراها ضرورية في عمل المؤسسة الصحية**

جدول رقم (3–9) : المعلومات الضرورية لأداء المؤسسة الصحية

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
الإدارية	6	30	10	50	16	40
الطبية	9	45	6	30	15	37.5
معا	5	25	4	20	9	22.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	% 100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من الجدول نلاحظ أن كلا النوعين يرى بأن المعلومات التي يستخدمها في عمله هي المركزية لأداء المؤسسة الصحية ككل حيث نجد نسبة 45 % من الإداريين يرون أن المعلومات الإدارية هي الضرورية ، كما نجد نسبة 50 % من الطبيين يرون أن المعلومات الطبية هي الضرورية لعمل المؤسسة الصحية ككل .

✓ **أنسب طريقة للحصول على معلومات هي :**

جدول رقم (3– 10) : الحصول على المعلومات من خلال الرجوع إلى المعلومات المخزنة سابقا

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	10	50	8	40	18	45
لا	10	50	12	60	22	55
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ أن أغلب المستجوبين لا يركزون في عملهم على الرجوع إلى المعلومات المخزنة سابقا رغم وجود إدراك بأهمية نظام المعلومات في المؤسسة الصحية الذي يركز على جمع البيانات و معالجتها و استرجاعها .

جدول رقم (3– 11) : الحصول على المعلومات من خلال إعادة جمع البيانات و معالجتها

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	11	55	15	75	26	65
لا	9	45	5	25	14	35
المجموع	20	%100	20	%100	40	% 100

رغم إدراك المستجوبين لأهمية نظام المعلومات لأن أغلب المستجوبين يقومون في عملهم بإعادة جمع بيانات و معالجتها للتوصل للمعلومات المراد الوصول إليها حيث تمثل نسبة 65 % من العمال سواءا الطبيين أو الإداريين بهذه الطريقة للحصول على المعلومات .

جدول رقم (3– 12) : الحصول على المعلومات من خلال التفاعل مع الأقسام الأخرى

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	7	35	13	65	20	50
لا	13	65	7	35	20	50
المجموع	20	%100	20	%100	40	% 100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ أن نسبة 65 % من العمال الطبيين يحصلون على المعلومة بواسطة التفاعل مع الأقسام الأخرى و هذا بسبب طبيعة عملهم التي تتطلب دلك حيث يتفاعلون مع قسم الأشعة للحصول على نتائج أشعة مريض معين مثلا و كذلك مع باقي الأقسام مثل المخبر ، الصيدلة ، الإدارة ...

جدول رقم (3– 13) : الحصول على المعلومات من خلال طرق أخرى

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	6	30	5	25	11	27.5
لا	14	70	15	75	29	72.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	% 100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ فقط نسبة 30 % من الإداريين و نسبة 25 % من الطبيين ممن يرون أن هناك سبل أخرى للحصول على المعلومات .

✓ **الخصائص التي تراها يجب أن تتوفر في نظام المعلومات الفعال**

جدول رقم (3− 14) : توفر خاصية سرعة الحصول على المعلومة في نظام المعلومات الفعال

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	9	45	13	65	22	55
لا	11	55	7	35	18	45
المجموع	20	% 100	20	% 100	40	% 100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

يرى ما نسبته 65 % من العمال الطبيين ضرورة توفر خاصية سرعة الحصول على المعلومة في نظام المعلومات الفعال ، و قد يكون سبب دلك أهمية الحصول على المعلومة بسرعة لاتخاذ القرار المناسب في أسرع وقت للحفاظ على حياة المريض ، في حين يرى فقط 45 % ضرورة توفر هذه الخاصية.

جدول رقم (3− 15) : توفر خاصية الحصول على المعلومة بتكلفة أقل في نظام المعلومات الفعال

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	12	60	4	20	16	40
لا	8	40	16	80	24	60
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

يركز الإداريون على ضرورة الحصول على المعلومة بتكلفة أقل إذ نجد ما نسبته 60 % يؤكدون على دلك في حين نلاحظ أن 40 % فقط من الطبيين ما يؤكدون على دلك باعتبار أنهم يرون أن الحصول على المعلومة التي تخدم حياة المريض هي الأهم و لو كانت بتكلفة باهضة .

جدول رقم (3− 16) : توفر خاصية المعالجة الصحيحة للمعلومة في نظام المعلومات الفعال

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	11	55	8	40	19	47.5
لا	9	45	12	60	21	52.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من خلال الجدول نلاحظ أن الإداريين يركزون أيضا على خاصية المعالجة الصحيحة للمعلومة في نظام المعلومات إذ يمثلون نسبة 55 % ، إلا أنه يقابله ما نسبته 47.5 % من العمال الطبيين .

جدول رقم (3- 17) : توفر خاصية رجة سرية المعلومة في نظام المعلومات الفعال

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	6	30	13	65	19	47.5
لا	14	70	7	35	21	52.5
المجموع	20	%100	20	% 100	40	% 100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من خلال الجدول نلاحظ أن الطبيين يركزون أيضا على خاصية درجة سرية المعلومة في نظام المعلومات إذ يمثلون نسبة 65 % ، إلا أنه يقابله ما نسبته 30 % فقط من العمال الإداريين.

جدول رقم (3- 18) : توفر خاصية سهولة استرجاع المعلومة لاحقا في نظام المعلومات الفعال

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	10	50	9	45	19	47.5
لا	10	50	11	55	21	52.5
المجموع	20	% 100	20	%100	40	% 100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

ما أن كلا النوعين من العمال سواء الطبيين أو الإداريين لا يركزون في حصولهم على المعلومات على الرجوع إلى المعلومات المخزنة سابقا فإنهم لا يرون ضرورة لتوفر خاصية سهولة استرجاع المعلومة لاحقا في نظام المعلومات.

جدول رقم (3- 19) : توفر خصائص أخرى في نظام المعلومات الفعال

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	4	20	3	15	9	22.5
لا	16	80	17	85	31	77.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ فقط نسبة 20 % من الإداريين و نسبة 15 % من الطبيين ممن يرون ضرورة توفر خصائص أخرى في نظام المعلومات الفعال .

تجد سهولة في استرجاع المعلومات المخزنة لديك و بسرعة

جدول رقم (3– 20) : سرعة استرجاع المعلومات المخزنة

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	13	65	11	55	24	60
إلى حد ما	5	25	4	20	9	22.5
لا	2	10	5	25	7	17.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من خلال الجدول نلاحظ أن كلا النوعين من العمال يجد سهولة في استرجاع المعلومات المخزنة لديه و بسهولة إد نجد نسبة 65 % من العمال الإداريين تجد سهولة في دلك، و كدا نسبة 55 % من العمال الطبيين من تجد هده السهولة .

- ✓ **الطريقة المستعملة لديك في معالجة البيانات**

جدول رقم (3– 21) : الطريقة المستعملة في معالجة البيانات

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
يدوية	4	20	3	15	7	17.5
آلية	5	25	3	15	8	20
معا	11	55	14	70	25	62.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	% 100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

الملاحظ من خلال إجابات المستجوبين أن الطريقة المستعملة في معالجة البيانات مازالت تعتمد على اليدوية و لم تتم تألية بعض النشاطات التي يجب تأليتها إذ أجاب ما نسبته 62.5 % من العمال أنهم يستخدمون الآليتين معا.

- ✓ **تطوير نظام المعلومات يحسن من سير الإجراءات**

جدول رقم (3- 22) : تحسين الإجراءات بواسطة نظام المعلومات

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
الإدارية	7	35	3	15	10	25
الطبية	5	25	10	50	15	37.5
معا	3	15	2	10	5	12.5
لا يحسن	5	25	5	25	10	25
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ أن كلا النوعين من العمال يرى بأن تطوير نظام المعلومات سوف يحسن من سير إجراءات مجال نشاطه إذ يرى ما نسبته 35 % من الإداريين أنه يحسن الإجراءات الإدارية ، في حين يرى ما نسبته 15 % من الطبيين أنه يحسن الإجراءات الطبية .

- ✓ **يساهم نظام المعلومات في تجاوز الصعوبات التي يواجهها المريض من خلال**

جدول رقم (3- 23) : تجاوز الصعوبات التي يواجهها المريض من خلال توفير المعلومات في الوقت المناسب

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	16	80	13	65	29	72.5
لا	4	20	7	35	11	27.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من الجدول نلاحظ أن العمال يرون بأن نظام المعلومات يوفر لهم المعلومات المناسبة في الوقت المناسب و هذه الميزة بالنسبة لهم ذات أهمية كون أن الحصول على المعلومات في الوقت المناسب يحافظ على حياة المريض و كل تأخير و لو بوقت وجيز قد يؤدي إلى موته .

جدول رقم (3- 24) : تجاوز الصعوبات التي يواجهها المريض من خلال توثيق معلوماته و تسهيل استرجاعها

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	15	75	14	70	29	72.5
لا	5	25	6	30	11	27.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من خلال إجابات المستجوبين من العمال يتضح أنهم يرون أيضا أن نظام المعلومات يعمل على توثيق المعلومات الخاصة بالمريض و تسهيل استرجاعها و بدلك يمكن تقديم خدمة في وقت أسرع للمريض حيث أجاب ما نسبته 72.5 % من العمال أن نظام المعلومات يحفظ المعلومات الخاصة بالمريض ثم استرجاعها حين الحاجة إليها و بدلك يمكن تجاوز الصعوبات التي يواجهها المريض .

جدول رقم (3- 25) : تجاوز الصعوبات التي يواجهها المريض من خلال ضمان جودة ملفه و دقة محتواه

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	9	45	17	85	26	65
لا	11	55	3	15	14	35
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

يرى نسبة 85 من العمال الطبيين أن نظام المعلومات يعمل على ضمان جودة ملف المريض و دقة محتواه في حين نجد نسبة 45 % فقط من العمال الإداريين الذين يرون أن نظام المعلومات يوفر هذه الخاصية ، ودلك بسبب أن العمال الطبيين يحتاجون في أداء عملهم إلى الرجوع إلى ملف المريض بصفة مستمرة .

جدول رقم (3- 26) : أساليب أخرى لتجاوز الصعوبات التي يواجهها المريض

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	5	25	5	25	10	25
لا	15	75	15	75	30	75
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

يرى نسبة 25 % من العمال أن نظام المعلومات يوفر بعض الميزات الأخرى التي من شأنها المساعدة في تجاوز الصعوبات التي تواجه المريض .

جدول رقم (3– 27) : مساهمة نظام المعلومات في تجاوز الصعوبات التي تواجه المريض

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	2	10	00	00	2	5
لا	18	90	20	100	38	95
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

يرى نسبة 2 % من العمال الإداريين أن نظام المعلومات لا يساهم في تجاوز الصعوبات التي تواجه المريض .

- ✓ **يؤثر نظام المعلومات المحوسب على الأعمال الطبية من خلال**

جدول رقم (3– 28) :تأثير نظام المعلومات المحوسب على الأعمال الطبية من خلال تسهيل عملية الاتصال و التنسيق بين الأقسام الداخلية

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	11	55	18	90	29	72.5
لا	9	45	2	10	11	27.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ نسبة 90 % من الطبيين يرون بأن نظام المعلومات المحوسب يؤثر على الأعمال الطبية من خلال تسهيل عملية الاتصال و التنسيق بين الأقسام الداخلية و دلك بسبب العلاقة الكبيرة التي تكون بين الأقسام الطبية فتألية نظام المعلومات بالنسبة للطبيين تسهل نقل المعلومات بينهم أفضل من البقاء على النظام اليدوي .

جدول رقم (3- 29) : تأثير نظام المعلومات المحوسب على الأعمال الطبية من خلال تسهيل عملية الوصول إلى السجل الطبي

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	14	70	18	90	32	80
لا	6	30	2	10	8	20
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

بما أن العمال الطبيين يحتاجون لملف المريض بصفة مستمرة فإن نسبة 90 % منهم يرون بأن نظام المعلومات حين يكون محوسبا سوف يسهل لهم عملية الوصول لملف أي مريض ، كما نجد نسبة 70 % من الإداريين أيضا يرون بأن نظام المعلومات المحوسب يسهل لهم عملية الوصول إلى ملف أي مريض .

جدول رقم (3- 30) : تأثير نظام المعلومات المحوسب على الأعمال الطبية من خلال المساهمة في عدم ضياع البيانات المتعلقة بالمرضى

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	16	80	13	65	29	72.5
لا	4	20	7	35	11	27.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ من خلال الجدول أن 80 % من الإداريين يساعدهم نظام المعلومات المحوسب على عدم ضياع البيانات المتعلقة بالمرضى ، فعند حفظ البيانات آليا سوف لن نحتاج إلى الرجوع إلى الملف الورقي للمريض الذي قد يضيع منه بعض البيات الخاصة بالمريض .

جدول رقم (3- 31) : تأثير نظام المعلومات المحوسب على الأعمال الطبية من خلال توفير التقارير اللازمة لرصد الأوبئة و الأمراض المعدية

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	7	35	6	30	13	32.5
لا	13	65	14	70	27	67.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من الجدول نلاحظ أن العمال الطبيين و الإداريين لا يركزون على ميزة توفير التقارير اللازمة لرصد الأوبئة و الأمراض المعدية التي يوفرها نظام المعلومات المحوسب إذ أن 67.5 % أجابوا أنهم لا يوفر لهم دلك .

جدول رقم (3- 32) : تأثير نظام المعلومات المحوسب على الأعمال الطبية من خلال الاستغناء عن الملف الطبي الورقي للمريض

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	14	70	13	65	27	67.5
لا	6	30	7	35	13	32.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

تألية نظام المعلومات تتيح فرصة الاستغناء عن الملف الطبي الورقي للمريض هذا ما يؤكده نسبة 67.5 % من العمال إذ يصبح بإمكان العامل الحصول على معلومات المريض دون الرجوع إلى العدد الكبير من الأوراق .

جدول رقم (3- 33) : تأثيرا ت أخرى لنظام المعلومات المحوسب على الأعمال الطبية

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	3	15	6	30	9	22.5
لا	17	85	14	70	31	77.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

يرى نسبة 22.5 % أن تألية نظام المعلومات يوفر ميزات أخرى .

جدول رقم (3- 34) : مدى تأثيرنظام المعلومات المحوسب على الأعمال الطبية

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	1	5	1	5	2	5
لا	19	95	19	95	38	95
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي **SPSS**

نسبة 5 % من العمال يؤكدون أن نظام المعلومات المحوسب يؤدي نفس مهام نظام المعلومات اليدوي و وجود لضرورة تألية نظام المعلومات .

✓ **نظام المعلومات الصحي المحوسب يساهم في إدارة المؤسسة الصحية إدارة أفضل**

جدول رقم (3- 35) : مساهمة نظام المعلومات الصحي المحوسب في إدارة المؤسسة الصحية

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	16	90	10	50	26	65
إلى حد ما	2	10	6	30	7	17.5
لا	2	10	4	20	7	17.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي **SPSS**

أجاب نسبة 65 % من العمال أن نظام المعلومات حين يكون محوسبا يساهم في إدارة المؤسسة الصحية إدارة أفضل من البقاء عليه يدويا .

✓ **يتم التواصل بين المريض و الطبيب عن طريق**

جدول رقم (3- 36) : التواصل بين المريض و الطبيب عن طريق التطبيب عن بعد

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	00	00	00	00	00	00
لا	20	100	20	100	40	100
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي **SPSS**

من خلال الجدول نلاحظ أن التواصل بين المريض و الطبيب لا يتم عن طريق التطبيب عن بعد ، و هذا راجع إلى أن هذه التقنية كانت مستعملة في فترة معينة ثم تم التراجع عنها .

جدول رقم (3− 37) : التواصل بين المريض و الطبيب عن طريق مجيء المريض للمستشفى

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	16	80	19	95	35	87.5
لا	4	20	1	5	5	12.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

خيار مجيء المريض للمستشفى لتلقي العلاج ضرورة دلك أن المستشفى لا يستخدم تقنية العلاج عن بعد حيث أجاب 87.5 % من العمال على مجيء المريض للمستشفى للعلاج .

جدول رقم (3− 38) : التواصل بين المريض و الطبيب عن طريق تقديم استشارة عن طريق الهاتف

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	4	30	3	15	7	17.5
لا	16	70	17	85	33	82.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من خلال إجابة العمال تبين أن تقديم العلاج أو أي استشارة لا يكون بنسبة كبيرة عن طريق الهاتف حيث أجاب 82.5 % أنهم لا يوافقون على هذا الخيار .

جدول رقم (3− 39) : وجود طرق أخرى للتواصل بين المريض و الطبيب

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	2	10	2	10	4	10
لا	18	90	18	90	36	90
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

يرى نسبة 10 % من العمال أن هناك طرق أخرى للتواصل بين المريض و الطبيب تختلف عن مجيئه للمستشفى أو تلقيه استشارة عن طريق الهاتف .

✓ **يتم تشخيص مريض عالج مسبقا عن طريق**

جدول رقم (3- 40) : تشخيص مريض عالج مسبقا بواسطة السجل الصحي الورقي

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	15	75	16	80	31	77.5
لا	5	25	4	20	9	22.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

يعود الأطباء في تشخيص مريض عالج مسبقا عن طريق السجل الصحي الورقي بصورة كبيرة ، حيث أجاب 77.5 % من العمال أنه يتم ذلك بواسطة السجل الصحي الورقي .

جدول رقم (3- 41) : تشخيص مريض عالج مسبقا بواسطة بطاقة صحية إلكترونية

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	00	00	00	00	00	00
لا	20	100	20	100	40	100
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من خلال الجدول نلاحظ أنه لا مجال لاستعمال البطاقة الصحية الإلكترونية في علاج مريض عالج مسبقا .

جدول رقم (3- 42) : تشخيص مريض عالج مسبقا بواسطة الفحص من جديد

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	10	50	13	65	23	57.5
لا	10	50	7	35	17	42.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

يعتمد الأطباء أيضا في علاج مرضاهم على فحص المريض من جديد دون الرجوع لملفه أو الاستعانة بنتائج العلاج المجراة له مسبقا ، حيث أجاب نسبة 65 % منهم أنهم يقومون بإعادة فحص المريض من جديد و لو عالج مسبقا .

جدول رقم (3- 43) : طرق أخرى لتشخيص مريض عالج مسبقا

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	5	25	2	10	7	17.5
لا	15	75	18	90	33	82.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

يرى نسبة 17.5 % من العمال أن هناك طرق أخرى يستعينون بها لعلاج مريض عالج مسبقا أو لتشخيص حالته .

✓ **استخدام تكنولوجيا معلومات و اتصال حديثة في المجال الطبي يساهم في**

جدول رقم (3- 44) : مساهمة تكنولوجيا المعلومات و الاتصال الحديثة في المجال الطبي بتسريع عملية تبادل المعلومات بين الهيئات الطبية المختلفة

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	12	60	16	80	28	70
لا	8	40	4	20	12	30
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

بما أن عمال الأقسام الطبية يتفاعلون مع بعضهم البعض لتقديم خدمة للمريض فإنهم يحرصون على تسريع عملية تبادل المعلومات بينهم فيما يتعلق بالعملية التشخيصية و العلاجية للمريض ، و يرى نسبة 80 % منهم أن استخدام تكنولوجيا معلومات و اتصال حديثة تضمن لهم دلك .

جدول رقم (3- 45) : مساهمة تكنولوجيا المعلومات و الاتصال الحديثة في المجال الطبي باختزال الطاقات البشرية اللازمة لانجاز المهام التي تمت تأليتها

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	17	85	10	50	27	67.5
لا	3	15	10	50	13	32.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من خلال إجابات المستجوبين تبين أن العمال الإداريين أن نسبة 85 % منهم يرون أن استخدام تكنولوجيا معلومات و اتصال حديثة في المجال الطبي يساهم في اختزال الطاقات البشرية اللازمة لانجاز المهام التي تمت تأليتها ، في حين نجد أن الطبيين لا يولون إهتماما لهذه الميزة التي توفرها تكنولوجيا المعلومات و الاتصال الحديثة إذ أجاب 50 % منهم فقط على أنها توفر هذه الخاصية .

جدول رقم (3- 46) : مساهمة تكنولوجيا المعلومات و الاتصال الحديثة في المجال الطبي بتقليل تكاليف تنقل المريض إلى المستشفى

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	14	70	11	55	25	62.5
لا	6	30	9	45	15	37.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

نلاحظ من خلال الجدول أن العمال الإداريين يركزون أيضا على ميزة أخرى توفرها تكنولوجيا المعلومات والاتصال الحديثة و هي تقليل تكاليف تنقل المريض إلى المستشفى حيث أكد ما نسبته 70 % على دلك ، في حين يرى 55 % من الطبيين أنها تقدم هذه الميزة .

جدول رقم (3− 47) : أساليب أخرى لمساهمة تكنولوجيا المعلومات و الاتصال الحديثة في المجال الطبي

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	8	40	4	20	12	30
لا	12	60	16	80	28	70
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من خلال الجدول نلاحظ أن نسبة 30 % من العمال يرون أن استخدام تكنولوجيا معلومات و اتصال حديثة يوفر بعض الميزات الأخرى .

- ✓ **سبب مواجهتك صعوبة في استعمال التكنولوجيا الحديثة**

جدول رقم (3− 48) : مواجهة صعوبة في استعمال التكنولوجيا الحديثة بسبب عدم الاستفادة من دورات تكوينية

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	15	75	12	60	27	67.5
لا	5	25	8	40	13	32.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

أجاب 67.5 % من العمال أنهم لم يستفادوا من دورات تدريبية تأهلهم للاستعمال الجيد و التحكم في التكنولوجيا ما جعلهم يواجهون صعوبة في استعمال التكنولوجيا الحديثة .

جدول رقم (3− 49) : مواجهة صعوبة في استعمال التكنولوجيا الحديثة بسبب قلة استخدام هذه التكنولوجيا

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	10	50	10	50	20	50
لا	10	50	10	50	20	50
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من خلال الجدول نلاحظ أن 50 % من العمال يرجعون سبب مواجهتهم صعوبة في استعمال التكنولوجيا الحديثة إلى قلة استخدام هذه التكنولوجيا .

جدول رقم (3- 50) : مواجهة صعوبة في استعمال التكنولوجيا الحديثة بسبب سرعة و تعقيد التقنيات الحديثة

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	9	45	7	35	16	40
لا	11	55	13	65	24	60
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من خلال الجدول نلاحظ أن نسبة 60 % من المستجوبين لا يرون أن سرعة و تعقيد و عدم التحكم في التقنيات الحديثة هي سبب مواجهتهم صعوبة في استعمال التكنولوجيا الحديثة .

جدول رقم (3- 51) : أسباب أخرى لمواجهة صعوبة في استعمال التكنولوجيا الحديثة

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	3	15	7	35	10	25
لا	17	85	13	65	30	75
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من خلال الجدول نلاحظ أن نسبة 25 % يرجعون سبب مواجهتهم صعوبة في استعمال التكنولوجيا الحديثة إلى أسباب أخرى

جدول رقم (3- 52) : عدم مواجهة صعوبة في استعمال التكنولوجيا الحديثة

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	2	10	5	25	7	17.5
لا	18	90	15	75	33	82.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

أجاب 17.5 % من العمال أنهم لا يواجهون أصلا صعوبة في استخدام التكنولوجيا الحديثة .

المريض يحصل على الخدمة في الوقت المناسب

جدول رقم (3- 53) : حصول المريض على الخدمة في الوقت المناسب

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	15	75	9	45	24	60
إلى حد ما	4	20	8	40	8	20
لا	1	5	3	15	8	20
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من خلال الجدول تبين أن نسبة 75 % من الإداريين يرون أن المريض يحصل على الخدمة في الوقت المناسب في حين يؤكد دلك نسبة 45 % فقط من الطبيين ، إذ نجد أن نسبة 40 % منهم أجابوا بخيار إلى حد ما و نسبة 15 % أجابوا أن المريض لا يحصل على الخدمة في الوقت المناسب .

- ✓ **هل ترى بأن تقديم خدمة صحية للمريض في الوقت المناسب سوف يساهم في**

جدول رقم (3- 54) : مساهمة تقديم خدمة صحية في الوقت المناسب في الحفاظ على حياة المريض

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	11	55	16	80	27	67.5
لا	9	45	4	20	13	32.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من خلال الجدول يتبين الاهتمام الكبير لدى الطبيين بضرورة تقديم خدمة صحية للمريض في الوقت المناسب التي من شأنها الحفاظ على حياة المريض حيث أكد دلك نسبة 80 % منهم ، في حين أكد دلك نسبة 55 % من الإداريين .

جدول رقم (3- 55) : مساهمة تقديم خدمة صحية في الوقت المناسب في كسب رضى المرضى

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	14	70	18	90	32	80
لا	6	30	2	10	8	20
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من خلال الجدول نلاحظ اهتمام الطاقم الطبي بكسب رضى المرضى حيث يرى 90 % منهم أن تقديم خدمة صحية للمريض في الوقت المناسب سوف تعمل على دلك .

جدول رقم (3- 56) : مساهمة تقديم خدمة صحية في الوقت المناسب في رفع مستوى أداء المؤسسة الصحية

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	15	75	8	40	23	57.5
لا	5	25	12	60	17	42.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

يركز الإداريين على رفع من مستوى أداء المؤسسة الصحية إذ يرى 75 % منهم أن تقديم خدمة صحية للمريض في الوقت المناسب سوف يساهم في دلك ، في حين يؤكد دلك نسبة 40 % فقط من الطبيين .

جدول رقم (3- 57) : مساهمة تقديم خدمة صحية في الوقت المناسب في تحسين صورة المؤسسة الصحية لدى أفراد المجتمع

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	14	70	9	45	23	57.5
لا	6	30	11	55	17	42.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من خلال الجدول نلاحظ أن نسبة 70 % من الإداريين يرون أن تقديم خدمة صحية للمريض في الوقت المناسب سوف يساهم في تحسين صورة المؤسسة الصحية لدى أفراد المجتمع .

جدول رقم (3– 58) : أساليب أخرى لمساهمة تقديم خدمة صحية في الوقت المناسب

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	7	35	7	35	14	35
لا	13	65	13	65	26	65
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

يرى نسبة 35 % من العمال أن تقديم خدمة صحية للمريض في الوقت المناسب سوف يحقق بعض الميزات الأخرى .

جدول رقم (3– 59) : مدى تأثير تقديم خدمة صحية في الوقت المناسب

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	00	00	00	00	00	00
لا	20	100	20	100	40	100
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

يرى نسبة كل العمال المستجوبين أن تقديم خدمة صحية للمريض في الوقت المناسب سوف يحقق بعض الميزات

ترتبط جودة الخدمات الصحية بـ

جدول رقم (3– 60) : ارتباط جودة الخدمات الصحية بالتكفل الجيد بالمريض

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	13	65	18	90	31	77.5
لا	7	35	2	10	9	22.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

طبيعة عمل الطبيين جعلتهم يهتمون أكثر بالتكفل الجيد بالمريض حيث يرى 90 % منهم أن جودة الخدمة ترتبط أساسا بدلك .

جدول رقم (3- 61) : ارتباط جودة الخدمات الصحية باستخدام تقنيات طبية حديثة

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	14	70	17	85	31	77.5
لا	6	30	3	15	9	22.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من الجدول نلاحظ أن نسبة 77.5 % من العمال يرون أن جودة الخدمة ترتبط أساسا باستخدام تقنيات طبية حديثة .

جدول رقم (3- 62) : ارتباط جودة الخدمات الصحية باعتماد نظام رقابي صارم و دقيق

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	10	50	6	30	16	40
لا	10	50	14	70	24	60
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

نسبة 60 % من العمال أجابت أن اعتماد نظام رقابي صارم و دقيق ليس من شأنه تحسين جودة الخدمة.

جدول رقم (3- 63) : أساليب أخرى لجودة الخدمة الصحية

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	7	35	7	35	14	35
لا	13	65	13	65	26	65
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

يرى 35 % من العمال أن هناك سبل أخرى تساهم في تحقيق جودة الخدمة الصحية .

ترجع أهمية تحسين الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى إلى

جدول رقم (3- 64) : تأثير تحسين الخدمات الصحية على التحكم في تكاليف الخدمات الصحية

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	15	75	9	45	24	60
لا	5	25	11	55	16	40
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

يؤكد نسبة 75 % من الإداريين على أن أهمية تحسين الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى ترجع إلى التحكم في تكاليف الخدمات الصحية ، في حين لا يؤكد معظم الطبيين دلك حيث نجد نسبة 45 % منهم ممن يرون دلك

جدول رقم (3- 65) : تأثير تحسين الخدمات الصحية على إنسانية الخدمات الصحية

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	13	65	18	90	31	77.5
لا	7	35	2	10	9	22.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

يركز الطبيين كثيرا على الجانب الإنساني في تقديم الخدمة الصحية و يرونه الأساس في دلك ، و هذا ما يراه نسبة 90 % منهم ، و كذا الإداريين و لكن بنسبة أقل بسبب طبيعة عمل كل واحد منهم و احتكاك الطبيين بالمرضى أكثر .

جدول رقم (3- 66) : تأثير تحسين الخدمات الصحية على إرضاء أفراد المجتمع

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	**13**	**65**	**11**	**55**	**24**	**60**
لا	**7**	**35**	**9**	**45**	**16**	**40**
المجموع	**20**	**%100**	**20**	**%100**	**40**	**%100**

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

يهتم نسبة 60 % من العمال بعامل إرضاء أفراد المجتمع و يرون أن أهمية تحسين الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى ترجع إلى إرضاء أفراد المجتمع .

جدول رقم (3- 67) : تأثير تحسين الخدمات الصحية على مواكبة التطور العلمي

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	7	35	9	45	16	40
لا	13	65	11	55	24	60
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

نسبة 40 % يرون أن أهمية تحسين الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى ترجع إلى مواكبة التطور العلمي .

جدول رقم (3- 68) :تأثيرات أخرى لتحسين الخدمة الصحية

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	7	35	5	25	12	30
لا	13	65	15	75	28	70
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

يتبين من الجدول أن 30 % من العمال يرجعون أهمية تحسين الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى إلى أسباب أخرى .

- ✓ **تعتمد في قياس مستوى أدائك لعملك على مستوى رضى المريض على الخدمة المقدمة**

جدول رقم (3- 69) : قياس مستوى الأداء بناءا على رضى المريض على الخدمة المقدمة

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	10	50	17	85	27	67.5
إلى حد ما	5	25	2	10	7	17.5
لا	5	25	1	5	6	15
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من الجدول نلاحظ اهتمام الطبيين برضى المرضى إذ أجاب 85 % منهم أنهم يعتمدون في قياس مستوى أدائهم لعملهم على مستوى رضى المريض على الخدمة المقدمة ، و هذا راجع للإحتكاك الكبير بين الطبيين و المرضى أثناء عملهم ، إلا أنه أجاب 50 % من الإداريين على أنهم يتوافقون مع دلك .

✓ **للاستقبال و التوجيه يجب توفير**

جدول رقم (3– 70) : الاستقبال و التوجيه بتوفير مكاتب استقبال و توجيه مجهزة بالعمال و الوسائل المادية الضرورية

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	14	70	13	65	27	67.5
لا	6	30	7	35	13	32.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

حرصا على تقديم خدمة أفضل للمريض فإن 67.5 % من العمال يرون أن للاستقبال و التوجيه يجب توفير مكاتب استقبال و توجيه مجهزة بالعمال و الوسائل المادية الضرورية .

جدول رقم (3– 71) : الاستقبال و التوجيه بتخصيص أرقام هاتفية خصيصا للإعلام و التوجيه

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	8	40	13	65	21	52.5
لا	12	60	7	35	19	47.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من الجدول يقترح 65 % من الطبيين أنه لتقديم خدمة أفضل في مكاتب الاستقبال يجب تخصيص أرقام هاتفية خصيصا للإعلام و التوجيه دون الاتصال المباشر للمريض مع عمال المستشفى ، في حين يرى 40 % من الإداريين دلك .

جدول رقم (3- 72) : الاستقبال و التوجيه بتوفير المعلومات على ألواح إلكترونية

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	7	35	6	30	13	32.5
لا	13	65	14	70	27	67.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

لا يركز العمال على توفير المعلومات على ألواح إلكترونية في مكاتب الاستقبال إذ نجد نسبة 32.5 % منهم ممن يرون أن هذا الخيار يسمح بتقديم خدمة أفضل .

جدول رقم (3- 73) : أساليب أخرى للاستقبال و التوجيه

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	6	30	7	35	13	32.5
لا	14	70	13	65	27	67.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من الجدول يتبين أن 67.5 % من العمال لا يرون أن هناك سبل أخرى يمكن استخدامها في مكتب الاستقبال و التوجيه من شأنها تحسن الخدمة ، فنجد نسبة 32.5 % منهم فقط ممن يؤكدون دلك .

- يتميز العمال بالكفاءة و المهارة المطلوبتين لتقديم الخدمة

جدول رقم (3- 74) : كفاءة و مهارة العمال لتقديم الخدمة

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	5	25	3	15	8	20
إلى حد ما	14	70	11	55	25	62.5
لا	1	5	6	30	7	17.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من الجدول نلاحظ أن معظم العمال يرون أن العمال يتميزون إلى حد ما بالكفاءة و المهارة المطلوبتين لتقديم الخدمة ،إلا أن الطبيين نجد نسبة 30 % منهم لا يتميزون بدلك في حين نسبة 5 % فقط من الإداريين ممن يرون دلك .

✓ **الخدمة المقدمة في المستوى الذي يتطلع إليه المريض**

جدول رقم (3– 75) : مستوى رضى المريض على الخدمة المقدمة

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	6	30	3	15	9	22.5
إلى حد ما	12	60	14	70	26	65
لا	2	10	3	15	5	12.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

بما أن الطبيين يرون أن العمال لا يتميزون بالكفاءة و المهارة المطلوبتين لتقديم الخدمة بصورة كافية فإنهم يؤكدون أن الخدمة المقدمة ليست في المستوى الذي يتطلع إليه المريض

✓ **يواجه المريض صعوبات سواءا في مكتب الاستقبال أو في الأقسام العلاجية بسبب**

جدول رقم (3– 76) : مواجهة المريض صعوبات بسبب كثافة الطلب

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	15	75	17	85	32	80
لا	5	25	3	15	8	20
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

يرجع ما نسبته 80 % من العمال سبب مواجهة المريض صعوبات سواءا في مكتب الاستقبال أو في الأقسام العلاجية إلى كثافة الطلب ، إلا أن 20 % منهم لا يرون أنه سبب رئيسي في دلك .

جدول رقم (3– 77) : مواجهة المريض صعوبات بسبب عدم كفاءة العمال

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	3	15	7	35	10	25
لا	17	85	13	65	30	75
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

يرى أيضا نسبة 35 % من الطبيين أن عدم كفاءة العمال بمكتب الاستقبال أو في الأقسام العلاجية سبب في مواجهة المريض لصعوبات ، إلا أن الإداريين يرى دلك منهم نسبة 15 % فقط .

جدول رقم (3– 78) : مواجهة المريض صعوبات بسبب الإدارة السيئة للمعلومات

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	7	35	8	40	15	37.5
لا	13	65	12	60	25	62.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

يرجع ما نسبته 32.5 % من العمال أسباب مواجهة المريض لصعوبات داخل مكاتب الاستقبال إلى وجود إدارة سيئة للمعلومات ، في حين يرى 65 % منهم أن هذا ليس هو السبب في دلك .

جدول رقم (3– 79) : أسباب أخرى لمواجهة المريض صعوبات

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	5	25	4	30	9	22.5
لا	15	75	16	70	31	77.5
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

من الجدول أن نسبة 22.5 % من العمال يرون أن هناك أسباب أخرى لمواجهة المريض صعوبات في مكتب الاستقبال .

جدول رقم (3− 80) : عدم مواجهة المريض لصعوبات

الاختيارات	الإداريين	%	الطبيين	%	المجموع	%
نعم	9	45	7	35	16	40
لا	11	55	13	65	24	60
المجموع	20	%100	20	%100	40	%100

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي SPSS

يرى نسبة 60 % من العمال أن المريض يواجه فعلا صعوبات في مكتب الاستقبال .

من خلال تفريغ معطيات الاستبيان و تحليل نتائج المستجوبين ، يمكننا تسجيل الملاحظات التالية :

- النسبة الأكبر من المستجوبين ترى أن نظام المعلومات يقوم بدور رئيسي في المؤسسة الصحية ، هذا يعني وجود وعي لدى الموظفين بأهمية المعلومة ، إلا أن الاهتمام بالمعلومة الإدارية هي التي حضيت بالنسبة الأكبر ، و يرجع دلك إلى أنظمة المعلومات في المؤسسة محل الدراسة على الإجراءات الإدارية دون التركيز على الجانب الطبي رغم أهميته؛
- النسبة الأكبر من المستجوبين ترى بأن الوظيفة الإدارية هي الأكثر احتياجا لنظام المعلومات ، ما يعني أن أي مشروع للاتجاه بنظام المعلومات الحالي نحو آخر طبي سيواجه مقاومة من مستخدميه ، لدا يجب التفكير في إحداث تغيير يأخذ ثقافة المؤسسة بعين الاعتبار؛
- عدم الاستفادة من دورات تكوينية لدى الفريقين الطبي و الإداري كان سببا رئيسيا في عدم استخدام تكنولوجيا معلومات و اتصال حديثة؛
- أجاب النسبة الأكبر من المستجوبين أن أنسب طريقة للحصول على معلومات هي إعادة جمع بيانات و معالجتها للتوصل إلى المعلومات المراد الوصول إليها، ما دل على عدم الوعي بالدور الرئيسي لنظام المعلومات و الاستفادة منه من خلال استرجاع المعلومات المخزنة سابقا و الاستفادة منها؛
- أجاب أغلب المستجوبين أنهم يجدون سهولة في استرجاع المعلومات المخزنة سابقا لكن إلى حد ما ، و دلك راجع إلى استعمال الطريقتين الآلية و اليدوية معا في معالجة البيانات ، رغم وجود وعي لدى المستجوبين بأن نظام المعلومات الصحي المحوسب يساهم في إدارة المؤسسة الصحية إدارة أفضل؛
- يرى أغلب المستجوبين بفئتيهم أن كثافة الطلب تعتبر أحد الأسباب الرئيسية في الصعوبات التي يواجهها المريض سواءا في مكتب الدخول أو الأقسام العلاجية ، إلا أن اختلافهم كان بخصوص مساهمة نظام المعلومات في تجاوز هذه الصعوبات حيث يرى الإداريين أن له دور من خلال توفير المعلومات المناسبة

في الوقت المناسب و توثيق المعلومات الخاصة بالمريض و تسهيل استرجاعها ، فيما يرى الطبيين أن له دور في تجاوزها من خلال ضمان جودة ملف المريض و دقة محتواه؛

- يعتبر تقديم خدمة صحية في الوقت المناسب اهتماما رئيسيا لدى أغلب الموظفين المستجوبين سواءا كانوا إداريين أو طبيين ، و قد أرجع أغلب الإداريين دلك إلى الرغبة في التحكم في النفقات الصحية ، و كدا المساهمة المساهمة في الرفع من مستوى أداء المؤسسة الصحية ككل ، بينما أرجع الطبيين دلك إلى الحفاظ على حياة المريض و كدا كسب رضاه ، و يرجع دلك إلى اختلاف الرؤى ، فالمسير يهتم بإدارة الموارد و التحكم في التكاليف بينما يهتم الطبيب بالحفاظ على حياة المريض و تلبية متطلباته؛
- يعتمد الطبيين في قياس مستوى أدائهم على رضى المريض على الخدمة المقدمة، بينما لا يركز الإداريين على دلك رغم أنهم يرون أن الخدمة المقدمة المقدمة في المستوى الذي يتطلع إليه المريض ، و يرى الطبيين أنها ليست بدلك المستوى و سبب دلك عدم تميز العمال بالكفاءة و المهارة المطلوبتين لتقديم الخدمة؛
- نظام يعتمد على اليدوية ما نتج عنه :
  - ✓ وجود صعوبة في الوصول إلى السجل الطبي للمريض؛
  - ✓ صعوبة الاتصال و التنسيق بين الأقسام الداخلية؛
  - ✓ ضياع البيانات المتعلقة بالمرضى؛
  - ✓ صعوبة إصدار الأوامر الطبية إلكترونيا؛
  - ✓ صعوبة الاستغناء عن الملف الطبي الورقي للمريض كليا بتغييره بالسجل الطبي الإلكتروني؛
  - ✓ عدم توفير الراحة و التسهيلات للمريض مثل زيادة وقت انتظاره لأجل تقديم خدمة له؛
  - ✓ زيادة الطاقات البشرية لانجاز المهام بسبب عدم تأليتها؛
  - ✓ عدم وجود إمكانية لانجاز حجوزات للمرضى إلكترونيا.

و من خلال الملاحظة يمكن أن نسجل النقاط التالية :

- ➢ عدم توفر شبكة محلية بين الأقسام: فالملاحظ في هذا المستشفى هو الاعتماد على انتقال المرضى بين الأقسام لنقل نتيجة علاجاتهم فمثلا ينتقل المريض من قسم العلاج إلى قسم الأشعة لمعرفة نتائج الأشعة المجراة له سابقا لينقلها إلى الطبيب المعالج، فهنا نلاحظ الوقت الضائع للمرضى في معلوماتهم بنفسهم من قسم لآخر، رغم أن الوقت بالنسبة للمريض قد يعني له الموت أو الحياة في بعض الحالات، فالمعلومة المناسبة في الوقت المناسب هي التي تساعد في اتخاذ القرار الطبي في الوقت المناسب، ضف إلى ذلك الحالة الصحية التي يكون فيها المريض فهو في حالة يصعب عليه التنقل بين الأقسام.
- ➢ استعمال أنماط تقليدية مثل البطاقة المتنقلة، وصل الدخول و دفاتر التسجيل و الحفظ اليدوي في السجلات الطبية فهنا نلاحظ صعوبة استرجاع معلومات عن أي مريض عالج في هذا المستشفى ففي

سنة 2009 وصل عدد الذين دخلوا المستشفى إلى 21545 مريض أي بمعدل 59 مريض يوميا فلو استعملنا الحفظ الآلي لمعلومات كل مريض سوف نصل إلى سرعة في تقديم الخدمة .

- عدم توفر الاتصال مع الأطباء و المرضى بالانترنت بحيث نجد الطبيب يأتي بنفسه ليقوم بجدول عمله فهنا ضياع لوقت الطبيب و يتحمل أيضا تكاليف لتنقله، و كذا تنقل المرضى لحجز مواعيد لعلاجهم خاصة و أن المعوقين منهم يجدون صعوبة في ذلك.

خلاصة :

مستشفى محمد بوضياف كغيره من المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية فإنه يعاني من بعض النقائص رغم توفر الإمكانيات المادية و البشرية و التقنية الضخمة ، إلا أن عدم الاستغلال الأمثل لهذه الموارد وصل به إلى تقديم خدمات قد لا تلبي رغبات المرضى أو لا تلبي حتى الرضا الوظيفي عند بعض العمال ، إذ يفتقر المستشفى إلى الحفاظ على عاملي الوقت و التكلفة ، رغم أهمية عامل الوقت بالنسبة للمريض و الأهم من ذلك الحفاظ على صحة المريض التي لا تقدر بثمن ، و رغم أهمية أنظمة المعلومات المتواجدة بهذا المستشفى إلا أنها لا تتطلع إلى تحسين جودة الخدمة ،كونها تعتمد على اليدوية في المعالجة ، و عدم استعمال الأساليب الحديثة لتكنولوجيا المعلومات و الاتصال .

الخاتمـة

تضطلع المؤسسات الصحية بمهام و أعباء كثيرة و معقدة ، الأمر الذي يجعلها في طليعة المؤسسات التي تحتاج إلى إدارات كفأة نظرا لاحتكاكها المباشر مع المواطن ، فضلا عن تداولها المستمر و الكبير لشتى أصناف الأدوية و العلاجات المختلفة .

إن المحيط الذي تتواجد فيه المؤسسات الصحية الجزائرية و الضغوط التي تعرفها يفرض علها الاهتمام بتحسين خدماتها ، مما يمكنها من التعرف على جوانب الهدر في الوقت و الطاقات و الإمكانيات ، و من ثم التخلص منها تعتبر أنظمة المعلومات قاعدة أساسية في تسيير مختلف هياكل المؤسسة الصحية و دلك لما يترتب على الإدارة الجيدة للمعلومة من اختصار للوقت و الجهد و تخفيض في التكاليف و كذا إلغاء الإجراءات الإدارية الروتينية التي تصبح بوجود أنظمة المعلومات غير ضرورية ، و التحكم في مختلف هذه الجوانب ينتج عنه الارتقاء بالخدمات الصحية إلى مستوى الجودة المطلوب .

شهد قطاع الخدمات الصحية و الرعاية الطبية تطورات كبيرة خلال العقدين الأخيرين ، تزامنا مع التغيرات و التطورات الاقتصادية و الاجتماعية التي شهدها المجتمع الجزائري بشكل عام . و رغم ما تبدله الدولة من جهود في سبيل تحسين الخدمات الصحية التي تقدمها القطاعات العامة و الخاصة إلا أن القطاع الصحي مازال يعاني من بعض النقائص التي أثرت سلبيا على مستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة للمواطن ، و هذا ما يثبت صحة الفرضية الفرضية الأولى .

إن إهمال المؤسسات الصحية لموردها المعلوماتي يمثل أحد أسباب التدهور الذي تعرفه الخدمات الصحية ، فغالبا ما يتم تجاهل الأثر الجوهري الذي تملكه الأصول غير الملموسة ، ما يؤدي إلى إغفال جانب مهم بدل دعمه و تعزيزه و هو ما يؤكد صحة الفرضية الثانية ، أي أن استخدام أنظمة معلومات ضرورة لابد منها لتحسين جودة الخدمة الصحية

و رغم امتلاك مستشفى محمد بوضياف للكم الهائل من المعلومات إلا أن الخدمات المقدمة به تتميز بعدم الاستفادة من المعلومات المتوفرة بسبب عدم إدراك الموظفين به أن تحسين الخدمة يكون من خلال الاستغلال الأمثل للمعلومة و هذا ما يثبت صحة الفرضية الثالثة أي أن إدراك الموظفين لأهمية المورد المعلوماتي يلعب دور كبير في تحسين جودة الخدمة المقدمة .

من خلال الإطلاع على واقع نظام المعلومات في مستشفى محمد بوضياف اتضح وجود عجز معلوماتي خاصة في عملية التألية و الربط بين أنظمة المعلومات المتوفرة في المستشفى ، مما أدى إلى هدر في عاملي الوقت و التكلفة ، و من خلال الدراسة الميدانية في هذا المستشفى تم التوصل إلى النتائج التالية :

- غياب شبه تام لدى الموظفين لإدراك قيمة المعلومة و اعتبارها موردا ثانويا لا يؤدي استغلاله إلى نتائج سلبية معتبرة؛
- أغلب عمال المستشفى يستخدمون أنظمة معلومات في عملهم إلا أنها يدوية ، و هذا ما يعكس التأخر الملحوظ في عمليات استخدام نظم معلومات آلية في مجال الأعمال الإدارية و الطبية؛
- عدم اهتمام المستشفى بأهمية قياس رضى المرضى على الخدمات المقدمة لهم و تقديم اقتراحاتهم؛
- رغم توفر المعدات المتطورة تقنيا إلا أن المستشفى يشهد عدم استغلال هذه المعدات خاصة المعدات المتوفرة لاستخدام تقنية الطب عن بعد ، و منه ارتفاع تكاليف نقل المرضى إلى مستشفيات أخرى؛
- نقص كبير في عدد الأفراد المكونين خاصة الأطباء الذين لديهم القدرة على استعمال تقنية الطب عن بعد؛
- إن نظام معلومات المستشفى المستخدم حاليا بمستشفى محمد بوضياف ليس له تأثير فعال على مجالات طبية عديدة مثل : نقل النتائج المخبرية و الأشعة بين الأقسام ، قدرة النظام على إعطاء إشارات تنبيه في حال تجاوز المعدلات الطبيعية ، كما أنه لا يقوم بتسهيل عملية الوصول إلى الملف الطبي و لا يقوم بتخزين البيانات المتعلقة بالمرضى إلكترونيا بمعنى صعوبة الرجوع إليها؛
- نظام المعلومات بمستشفى محمد بوضياف لا يسهل عملية الاتصال و التنسيق بين الأقسام الداخلية للمستشفى و منه وجود هدر في الوقت؛
- ضعف الاتصال بين الطاقم الطبي و الطاقم الإداري و صعوبة وصول المعلومة؛
- نظام المعلومات المتوفر بالمؤسسة محل الدراسة لا يقوم بعملية إصدار الأوامر الطبية إلكترونيا و لا يستخدم تكنولوجيا معلومات و اتصال حديثة؛
- هناك معوقات تحد من استخدام نظام المعلومات الصحي بمستشفى محمد بوضياف ، أهمها عدم توفير التدريب الكافي للموظفين على كيفية استخدامه ، و نقص الرؤية نحو ضرورة التخطيط الشامل و طويل الأجل لتطبيقات الصحة الإلكترونية .

و بمقارنة نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسات السابقة نجد أن :

الدراسات السابقة بينت أن لنظام المعلومات تأثير على بعض المتغيرات الأخرى مثل اتخاذ القرار ، وظيفة التسويق و غيرها كما أن بعضها الآخر بينت بأن الخدمات المقدمة يمكن تحسينها من خلال عوامل أخرى مثل : اختيار أسلوب تمويل أمثل ، إدارة التغيير ، اختيار المسير الكفأ ، إلا أن هذه الدراسة توصلت إلى أن الخدمات الصحية يمكن تحسينها من خلال نظام المعلومات .

و على ضوء نتائج الدراسة يمكننا تقديم بعض الاقتراحات التي تساعد المؤسسة الصحية على تفعيل دور نظام المعلومات بها و منه تحسين جودة خدماتها :

- ✓ إنشاء قسم لإدارة المعلومات ضمن الهيكل التنظيمي؛
- ✓ القيام بدورات تدريبية و أيام دراسية من طرف المؤسسات الصحية لتحسيس العمال بمدى أهمية تحسين الخدمة المقدمة ، و إدخال ثقافة الاهتمام بالمورد المعلوماتي؛
- ✓ العمل على بناء منظومة صحة الكترونية متكاملة على مستوى الوطن تضمن التبادل الآمن للمعلومات بين المستشفيات و شتى المراكز الصحية عن طريق نظام معلومات صحي؛
- ✓ التخلص من الملف الصحي الورقي تدريجيا و البدأ في تنفيذ نظام السجل الصحي الالكتروني و اعتماد نظم ترميز موحدة مما يساعد على إلغاء ازدواجية إدخال البيانات بغض النظر عن موقع تخزين تلك البيانات؛
- ✓ ربط مختلف أقسام المستشفى مع بعضها البعض؛
- ✓ إعادة تصميم نظام المعلومات الحالي مع تخصيص مواردها موارد مالية و بشرية لتحديث النظام؛
- ✓ إنشاء خلايا لمراقبة الخدمات المقدمة مشكلة من مختلف فئات المستخدمين لاكتشاف المشاكل و إيجاد الحلول؛
- ✓ توفير أجهزة حاسوب للأقسام التي تعاني من نقصها؛
- ✓ تدريب الأطباء على استخدام تقنية الطب عن بعد و محاولة إعادة استثمارها .

آفاق الدراسة :

إن دراسة قطاع الصحة مجالا واسعا و مليئا بالعديد من المتغيرات مما يفتح المجال على بروز إشكاليات جديدة يمكن أن تكون مكملة لجوانب أخرى من هذه الدراسة نذكر منها :

- ➢ ما مدى تأثير اختيار المسير على تطوير نظام المعلومات ؟
- ➢ تأثير ثقافة العمال على استغلال المورد المعلوماتي؛
- ➢ تأثير استخدام تكنولوجيا معلومات و اتصال حديثة على تحسين الخدمة .